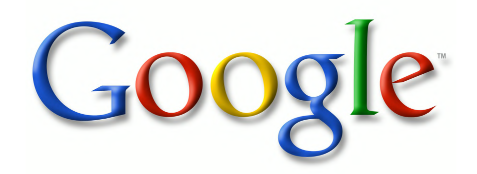


ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

EINHUNDERTUNDERSTER BAND



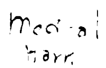
BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP

1934





Inhalt.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Originalien.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Kleinere Mitteilungen.

Buchbesprechungen:

Personalia.

Autoren-Register.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 20. und 21. April 1933 in Würzburg.

Vorsitzender: *Bonhoeffer*-Berlin.

Anwesend: *Adams*-Andernach, *Albrecht*-Berlin, *Aleis*-Klingenmünster, *Anthes*-Würzburg, *Aristofe*-Würzburg, *Ast*-Eglfing, *Baeger*-Heidelberg, *Barth*-München, *Baumann*-Essen, *Baumann*-Sorau, *Beck*-Frankfurt M., *Beetz*-Stuttgart, *Beltinger*-Würzburg, *Benda*-Berlin, *Berger*-Marburg, *Berlit*-Hochweitzschen, *Berze*-Wien, *Bischof*-Kutzenberg, *Bliehner*-Heidelberg, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bott*-Bamberg, *Broker*-Hannover, *Braker*-Haina, *Bresler*-Kreuzburg, *Brodführer*-Würzburg, *Bumke*-München, *Bürger-Prinz*-Leipzig, *Casack*-Breslau, *Coulon*-Eichberg, *Creutz*-Düsseldorf, *Creutzfeldt*-Berlin, *Christof*-Würzburg, *Delbrück*-Bremen, *Donalies*-Berlin, *Dorn*-Lohr a. M., *Eichelberg*-Hedemünden, *Eichler*-Düsseldorf, *Encke*-Lauenburg, *Engler*-Mainkofen, *Entres*-Werneck, *Ernst*-Bruchsal, *Ewald*-Erlangen, *Faltlhauser*-Kaufbeuren, *Feldkeller*-Schönewalde b. Berlin, *Fleck*-Göttingen, *Flügel*-Leipzig, *Fuchs*-Kaufbeuren, *Gamper*-Prag, *v. Gebsattel*-Finsterberg, *Glatzel*-Göppingen, *Grafe*-Würzburg, *Greving*-München, *Grütter*-Königslutter, *Grünthal*-Würzburg, *Gückel*-Neustadt/Aisch, *Günther*-Dresden, *Havestadt*-Düsseldorf-Grafenberg, *Heidenhain*-Tübingen, *Heyde*-Würzburg, *Herting*-Düsseldorf, *Hirschfeld*-Berlin, *Hoffmann*-Berlin, *Hoffmann*-Tübingen, *Hofmann*-Werneck, *Hörmann*-Dresden, *Horn*-Würzburg, *Ihsan Schükri*-Bakirkoy-Istanbul, *Ilberg*-Dresden, *Jacobi*-Königsberg, *Jacobi*-Magdeburg, *Jahn*-München, *Jellnick*-Hannover, *Jossmann*-Berlin, *Jost*-Warstein/Westfl., *Keck*-Ansbach, *Kentenich*-Düsseldorf-Grafenberg, *Kihn*-Erlangen, *Kittel*-Berlin, *Kleist*-Frankfurt, *Klüber*-Klingenmünster, *Knab*-Tapiau, *Knauer*-Würzburg, *Kolle*-Kiel, *Koester*-Bonn, *Kost*-Waldbreitbach, *Krakow*-Tapiau, *Krauss*-Kennenburg, *Küppers*-Freiburg, *Kurrer*-Kortau/O.-Pr., *Lange*-Breslau, *Lange*-Radeberg Sa., *Leonhard*-Gabersee, *Lill*-Würzburg, *Lokay*-Tost/O.-Schl., *Löwy*-Prag-Marienthal, *Ludwig*-Allenberg-Wehlau, *Ludwig*-Werneck, *Luxenburger*-München, *Maass*-Arnsdorf, *Mahto*-Berlin, *Marx*-Ahrweiler, *Mauss*-Königsberg, *Mayer*-Freiburg, *Mauer*-Eglfing-Haar, *Mayr*-Günzburg, *Meyer*-Neuhaldensleben, *Mootz*-Treptow/ a. R., *Mörchen*-Wiesbaden, *Müller*-Erlangen, *Müller*-Lohr, *Nadler*-Eglfing-Haar, *Nitsche*-Sonnenstein, *Offermann*-Neuß, *Oppenheimer*-Würzburg, *Ottmann*-Werneck, *Panse*-Berlin, *Petzsch*-Neuruppin, *Pfeifer*-Nietleben, *Pönitz*-Halle, *Powels*-Kortau, *Priepmann*-Erlangen, *von Rad*-Nürnberg, *Reichardt*-Würzburg, *Rein*-Teupitz, *Reinwin*-Würzburg, *Reinhardt*-Erlangen, *Reiss*-Mainkofen, *Rietzschel*-Würzburg, *Rittershaus*-Hamburg, *Röll*-Werneck, *Roesen*-Eberswalde, *Roos*-Bethel, *Rosenfeld*-Rostock,

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./6. Heft.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Originalien.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schubertstr. 41, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, und auf rechtzeitig eingehendes Verlangen den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke ihres Vortrags kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 20. und 21. April 1933 in Würzburg.

Vorsitzender: *Bonhoeffer*-Berlin.

Anwesend: *Adams*-Andernach, *Albrecht*-Berlin, *Aleis*-Klingenmünster, *Anthes*-Würzburg, *Aristofe*-Würzburg, *Ast*-Eglfing, *Baeger*-Heidelberg, *Barth*-München, *Baumann*-Essen, *Baumann*-Sorau, *Beck*-Frankfurt M., *Beetz*-Stuttgart, *Beltinger*-Würzburg, *Benda*-Berlin, *Berger*-Marburg, *Berlit*-Hochweitzschen, *Berze*-Wien, *Bischof*-Kutzenberg, *Bliehner*-Heidelberg, *Bonhoeffer*-Berlin, *Bott*-Bamberg, *Broker*-Hannover, *Braker*-Haina, *Bresler*-Kreuzburg, *Brodführer*-Würzburg, *Bumke*-München, *Bürger-Prinz*-Leipzig, *Casack*-Breslau, *Coulon*-Eichberg, *Creutz*-Düsseldorf, *Creutzfeldt*-Berlin, *Christof*-Würzburg, *Delbrück*-Bremen, *Donalies*-Berlin, *Dorn*-Lohr a. M., *Eichelberg*-Hedemünden, *Eichler*-Düsseldorf, *Encke*-Lauenburg, *Engler*-Mainkofen, *Entres*-Werneck, *Ernst*-Bruchsal, *Ewald*-Erlangen, *Faltlhauser*-Kaufbeuren, *Feldkeller*-Schönewalde b. Berlin, *Fleck*-Göttingen, *Flügel*-Leipzig, *Fuchs*-Kaufbeuren, *Gamper*-Prag, *v. Gebsattel*-Finsterberg, *Glatzel*-Göppingen, *Grafe*-Würzburg, *Greving*-München, *Grütter*-Königslutter, *Grünthal*-Würzburg, *Gückel*-Neustadt/Aisch, *Günther*-Dresden, *Havestadt*-Düsseldorf-Grafenberg, *Heidenhain*-Tübingen, *Heyde*-Würzburg, *Herting*-Düsseldorf, *Hirschfeld*-Berlin, *Hoffmann*-Berlin, *Hoffmann*-Tübingen, *Hofmann*-Werneck, *Hörmann*-Dresden, *Horn*-Würzburg, *Ihsan Schükri*-Bakirkoy-Istanbul, *Ilberg*-Dresden, *Jacobi*-Königsberg, *Jacobi*-Magdeburg, *Jahn*-München, *Jellnick*-Hannover, *Jossmann*-Berlin, *Jost*-Warstein/Westfl., *Keck*-Ansbach, *Kentenich*-Düsseldorf-Grafenberg, *Kihn*-Erlangen, *Kittel*-Berlin, *Kleist*-Frankfurt, *Klüber*-Klingenmünster, *Knab*-Tapiau, *Knauer*-Würzburg, *Kolle*-Kiel, *Koester*-Bonn, *Kost*-Waldbreitbach, *Krakow*-Tapiau, *Krauss*-Kennenburg, *Küppers*-Freiburg, *Kurrer*-Kortau/O.-Pr., *Lange*-Breslau, *Lange*-Radeberg Sa., *Leonhard*-Gabersee, *Lill*-Würzburg, *Lokay*-Tost/O.-Schl., *Löwy*-Prag-Marienthal, *Ludwig*-Allenberg-Wehlau, *Ludwig*-Werneck, *Luxenburger*-München, *Maass*-Arnsdorf, *Mahto*-Berlin, *Marx*-Ahrweiler, *Mauss*-Königsberg, *Mayer*-Freiburg, *Mauer*-Eglfing-Haar, *Mayr*-Günzburg, *Meyer*-Neuhaldensleben, *Mootz*-Treptow/ a. R., *Mörchen*-Wiesbaden, *Müller*-Erlangen, *Müller*-Lohr, *Nadler*-Eglfing-Haar, *Nitsche*-Sonnenstein, *Offermann*-Neuß, *Oppenheimer*-Würzburg, *Ottmann*-Werneck, *Panse*-Berlin, *Petzsch*-Neuruppin, *Pfeifer*-Nietleben, *Pönitz*-Halle, *Powels*-Kortau, *Priepmann*-Erlangen, *von Rad*-Nürnberg, *Reichardt*-Würzburg, *Rein*-Teupitz, *Reinwin*-Würzburg, *Reinhardt*-Erlangen, *Reiss*-Mainkofen, *Rietzschel*-Würzburg, *Rittershaus*-Hamburg, *Röll*-Werneck, *Roesen*-Eberswalde, *Roos*-Bethel, *Rosenfeld*-Rostock,

Rueff-Prangöns (Schweiz), *Runge*-Chemnitz, *Rust*-Altscherbitz, *Rutkowski*-Schwäbisch-Hall, *Sanders*-Hagen, *Scheid*-München, *Schelle*-Berlin, *Schmeel*-Heppenheim, *Schneider*-Lengerich, *Kurt Schneider*-München, *Schmidt*-Lengerich, *Schmidt*-Potsdam, *Schmidt*-Würzburg, *Schmidtmann*-Eglfing-Haar, *Schmidt-Kraepelin* - Ludwigshafen, *Schröder* - Leipzig, *Schuch* - Erlangen, *Schücker*-Chemnitz, *Schütte*-Langenhagen, *Schütz*-München, *Schwabe*-Plauen i. V., *Seelert*-Berlin-Buch, *Segerath*-Essen, *Seidemann*-Berlin, *Seige*-Bad Liebenstein, *Sinn*-Neubabelsberg, *Sommer*-Gießen, *Specht*-Erlangen, *Spiecker*-Duisburg, *Spielmeyer*-München, *Spliedt*-Landsberg a. W., *Stahr*-Königslutter, *Stertz*-Kiel, *Stiefler*-Linz, *Stier*-Berlin, *Stockert*-Halle, *Stoeckle*-Lohr/Main, *Strehl*-Görden, *Strieck*-Würzburg, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Thuli*-Berlin, *Utz*-Gabersee, *Walter*-Bremen, *Walter*-Münster, *Wegener*-Münster, *Weicksel*-Hubertusburg, *Weise*-Leipzig, *Wende*-Kreuzburg O.-Schl., *Westermann*-Ensen-Köln, *Westphal*-Marburg, *Wetzel*-Würzburg, *Wilhelmy*-Bonn, *Willige*-Ilten/Hannover, *Wilmanns*-Heidelberg, *Witetzki*-Tapiau, *Wittermann*-Winnental, *Wolter*-Berlin, *Würzburger*-Bayreuth, *Zeiler*-Leipzig-Dösen, *Zeiß*-Merxhausen.

Der Vorsitzende begrüßt die Versammlung, dankt dem Ortsausschuß, insbes. Herrn *Reichardt,* bewillkommnet den Vertreter des Regierungspräsidenten von Unterfranken und Aschaffenburg, Herrn Oberregierungsrat Dr. *Beltinger,* den Vertreter des Rektors der Universität Würzburg und der medizinischen Fakultät, Herrn Dekan Professor Dr. *Petersen,* den Vertreter der Stadt Würzburg, Herrn Stadtmedizinalrat Dr. *Lill,* den Vorsitzenden des ärztlichen Bezirksvereins, Herrn Sanitätsrat Dr. *Schäffer* und den Vorstand der medizinischen und Nervenklinik des Luitpoldkrankenhauses, Herrn Professor Dr. *Grafe,* der der Versammlung seinen Hörsaal zur Tagung überlassen hat. Auch verschiedene ausländische Kollegen wurden begrüßt, unter ihnen Herr Chefarzt *Imre Szecsödy*-Budapest, Herr Dr. *Ihsam Schükri* von der psychiatrischen und Nervenklinik Istanbul, unser langjähriges Vorstandsmitglied, Herr Hofrat Dr. *Berze*-Wien, und verschiedene Kollegen aus der Schweiz. — Die Vertreter von Regierung, Universität, Ärzteschaft und Stadt Würzburg danken für die Begrüßung. Der Vorsitzende fährt dann fort: Es hat sich so gefügt, daß der Eröffnungstag unserer Jahresversammlung mit dem ersten Geburtstag zusammenfällt, den Adolf Hitler begeht, nachdem ihm der Herr Reichspräsident das Amt des Reichskanzlers verliehen hat. Der Herr Reichskanzler hat sich besondere Feiern verbeten. Wir dürfen aber doch an die Spitze unserer Verhandlungen den Wunsch stellen, daß es ihm vergönnt sein möge, seine große Aufgabe zum Segen des deutschen Volkes durchzuführen. Wir glauben in seinem Sinne zu handeln, wenn wir zum Dank für unsere Aufnahme in Würzburg den hiesigen Erwerbslosen 500 M. überweisen lassen.

M. D. u. H. Vielen von uns ist die letzte Versammlung in Würzburg vor 15 Jahren noch in lebhafter Erinnerung. Wir standen damals im schweren Ernst des letzten Kriegsjahres, Hoffnung und Sorge mischten sich in jenen Apriltagen 1918 zu Beginn der großen Frühjahrsoffensive. Unsere Verhandlungen galten damals den schwersten der Kriegsverletzungen, den klinischen Folgeerscheinungen der Hirnverletzungen, und der Hirnverletztenfürsorge. Man kann wohl sagen, das Ergebnis der damaligen Verhandlungen ist maßgeblich geblieben für die Behandlung der Hirn-

verletzten in der Folgezeit. Wie der wissenschaftliche und praktische Gewinn jener Tagung für uns reichhaltig war, so blieb uns die gastliche Herzlichkeit, mit der wir damals trotz der Notzeit von der Stadt, vom Kollegen *Rieger* und den anderen Kollegen aufgenommen wurden, eindrucksvoll und wohltuend im Gedächtnis.

Die Erinnerung an jene Tagung ist es gewesen, die uns im vergangenen Jahre in Bonn veranlaßt hat, wieder Würzburg um Aufnahme für unsere Tagung zu bitten. Auch unsere heutige Sitzung steht im Zeichen des Ernstes der Zeit. Manchen, die wir gern gesehen hätten, ist es wirtschaftlich nicht möglich gewesen, hierher zu kommen, und auch dieses Jahr waren Zweifel erhoben worden, ob es möglich sein würde, die Jahresversammlung abzuhalten. Der Vorstand war aber der Meinung, daß wir dieser Möglichkeit der alljährlichen wissenschaftlichen, beruflichen und kollegialen Aussprache uns nicht ohne ganz zwingende Not berauben sollten. Wie wichtig es ist, daß wir uns über gemeinsame Interessen aussprechen, hat unsere letzte Bonner Sitzung gezeigt. Unser einstimmiger, dem zuständigen Preußischen Ministerium übermittelter Einspruch gegen die Verpolizeilichung der Anstaltsaufnahmen hat das Ergebnis gehabt, daß die Frage der Anstaltsaufnahmen eine erneute Besprechung im Preußischen Innenministerium unter Anwesenheit einer großen Anzahl unserer Mitglieder erfahren, man unseren Bedenken und Vorschlägen Rechnung getragen hat und nichts ohne unsere sachverständige Mitwirkung geschehen wird. — Auch in diesem Jahr stehen wichtige Fragen zur Beratung. Ich hoffe, daß unsere Verhandlungen vor allem in der Frage der neurolog. psych. Abteilungen klärend wirken werden, und wünsche, daß wir auf die Ergebnisse diesen Tagung mit derselben sachlichen Befriedigung zurückblicken werden, wie auf die der Versammlung vor 15 Jahren.

Die Verluste an Mitgliedern im letzten Jahre waren groß. Nicht nur der Zahl nach, sondern es sind, wie Ihnen die Namen sagen, viele Männer unter ihnen, denen unser Fach in Wissenschaft und Praxis viel verdankt, von denen es mancherlei noch erhofft hat und die vielen von uns freundschaftlich kollegial verbunden waren. Verstorben sind:

Geh. Medizinalrat Dr. *Ackermann*-Großschweidnitz, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Anton*-Halle, Privatdozent Dr. *Blum*-München, Obermedizinalrat Prof. Dr. *Dannemann*-Heppenheim, Geh. Sanitätsrat Dr. *Haupt*-Tharandt, Ministerialdirektor *Heink*-Dresden, Landeshauptmann Dr. Dr. *Horion*-Köln, Stadtmedizinalrat Dr. *Kahl*-Dresden, Oberarzt Dr. *Kahle*-Göttingen, Prof. Dr. *Shuzo Kure*-Tokio, Stabsarzt Dr. *Lutz*-München, Sanitätsrat Dr. *Marthen*-Landsberg a. d. W., leitender Arzt Dr. *Meyer*-Kraschnitz, Prof. Dr. *Plaut*-Gent, dirigirender Arzt Sanitätsrat Dr. *Reich*-Berlin-Wittenau, Geh. Sanitätsrat Dr. *Schäfer*-Lengerich i. W., Oberarzt Dr. *Schindler*-Neustadt (Holstein), Sanitätsrat Dr. *Schröder*-Lauenburg, Anstaltsdirektor Obermedizinalrat Dr. *Schlegel*-Arnsdorf, Oberarzt Dr. *Sierau*-Hamburg-Langenhorn, Direktor Prof. Dr. *Stövesandt*-Bremen, Oberarzt Dr. *Sydow*-Ückermünde, Direktor Dr. *Wahrendorf*-Ilten, Obermedizinalrat Dr. *Werner*-Heppenheim und Medizinalrat Dr. *Zierl*-Regensburg.

Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen von ihren Plätzen.



1. Referat:

Roggenbau-Berlin: Die körperlichen Störungen bei manisch-depressiven Erkrankungen.

Von den Körpergewichtsschwankungen, die gerade bei den Manisch-Depressiven mit zu den sinnfälligsten Erscheinungen gehören, ausgehend, wies Ref. auf die außerordentliche Häufigkeit von Appetitstörungen bei den Erkrankungen dieses Formenkreises hin und auf die Möglichkeit, daß diese Appetitstörungen, wie so mannigfache andere körperliche Erscheinungen, zurückzuführen seien auf besondere, bisher im einzelnen aber noch nicht erfaßbare Regulationsstörungen innerhalb des endokrin-vegetativen Systems. In einer Reihe von Fällen haben sich diese Appetitstörungen durch große intravenöse Zuckerinfusionen beheben lassen. Weiter spielen bei den manisch-depressiven Erkrankungen Veränderungen der Magendarmtätigkeit eine Rolle, die sich auch durch die Annahme vegetativer Regulationsstörungen erklären lassen. Bei der Mehrzahl der Fälle finden sich Stoffwechselstörungen oft erheblichen Ausmaßes. Zur Erklärung dieser Störungen können Untersuchungen über die Regulationssysteme des Stoffwechsels, das Blutdrüsensystem und das vegetative System in seiner Gesamtheit weiterführen. Beide Systeme sind wechselseitig innig miteinander verknüpft, so daß Störungen des endokrinen Gleichgewichts zwangsläufig vegetative Störungen zur Folge haben und umgekehrt. Niemals resultieren monosymptomatische, sondern stets plurivegetative Störungen. Die Schwere dieser Störungen ist abhängig von der Ansprechbarkeit der Organe und Funktionssysteme. Prüft man nacheinander die einzelnen innersekretorischen Drüsen auf ihre Leistungen, so stellt man fest, daß nicht eine Blutdrüse in ihrer Funktion von der Norm abweicht, sondern daß das gesamte Blutdrüsensystem anders funktioniert und daß diese Funktionsänderungen nicht nur unabhängig von dem bestehenden psychischen Zustandsbild auftreten, sondern auch schwankend bald als Steigerung, bald als Verminderung innerhalb der Erkrankungsphase eines Individuums vorkommen. Bei den Depressionen stellen wir bald basedowische, bald myxödematöse Züge fest. Das gonadotrope Hormon der Hypophyse ist bald wesentlich vermehrt, bald vermindert. Keimdrüsenstörungen kommen fast in der Hälfte aller Erkrankungsfälle vor. Die bei einzelnen Depressionen gefundene gesteigerte elektrische Erregbarkeit scheint nicht mit einer Dysfunktion der Epithelkörperchen zusammenzuhängen, weil Untersuchungen über den Serumkalkspiegel stets normale Ca-Werte ergaben. Hinsichtlich der vegetativen Störungen wies Ref. darauf hin, daß es irgendwelche Methoden der direkten Prüfung nicht gebe. Grundsätzlich sei zu beachten, daß bei jeder vegetativen Erregung sympathisches und parasympathisches Gebiet anspreche. Unterschiedliche Effekte sind abhängig von dem Umstand einer konstitutionellen Sympathicotonie oder konstitutionellen Vagotonie. Belastungsversuche mit Monosacchariden lassen keinen prinzipiellen Unterschied zwischen manischen und depressiven Phasen erkennen. Am häufigsten findet man eine sehr wesentliche Vergrößerung der positiven Blutzuckerkurvenfläche gegenüber der Norm, die in erster Linie durch die zeitliche Verlängerung der Hyperglykämie bedingt ist. Beobachtet werden Kurvenverläufe ähnlich den der Thyreotoxikosen. Nicht selten folgt auch der hyperglykämischen Phase eine hypoglykämische. Diese Reaktionen

auf Zuckerzufuhr werden auf eine erhöhte Erregbarkeit des vegetativen Systems zurückgeführt. Der gewaltige Anstieg des Blutzuckerspiegels wird aufgefaßt als Folge potenzierter Sympathicuswirkung, die konsekutive post-hyperglykämische Hypoglykämie als parasympathische Wirkung. Die bei Manisch-Depressiven oft beobachtete Glykosurie geht nicht parallel mit der Höhe des Blutzuckerspiegels, sondern hängt offenbar ab von konstitutionellen Faktoren, welche die Durchlässigkeit der Nierenepithelien für Zucker bestimmen und von funktionellen Zuständen, die ihrerseits wiederum Impulse vom autonomen System erhalten. Die Verschlimmerung eines Diabetes in der Depression wird durch das Auftreten einer zusätzlichen Störung des autonomen Apparates, wie sie mit der Entwicklung manisch-depressiver Erkrankungen auftritt, erklärt. Hinsichtlich der Konzentration der Fette im Blut scheinen bei Manisch-Depressiven keine krankhaften Abweichungen vorzuliegen. Untersuchungen über den Acetongehalt im Blut ergaben entsprechend den Kohlehydratstörungen in der überwiegenden Mehrzahl eine wesentliche Acetonvermehrung, die sich ganz besonders deutlich nach Belastung mit Fetten zeigt. Der Cholesteringehalt des Blutes scheint vielfach sehr hoch zu sein. Ref. weist im Zusammenhang mit diesen Befunden auf die Möglichkeit von Zusammenhängen mit den bei Manisch-Depressiven oft vorkommenden arteriosklerotischen Veränderungen hin. Über den Eiweiß- und Wasserhaushalt liegen keine irgendwie gesicherten Ergebnisse vor. Unbefriedigend sind auch die Untersuchungen über den Mineralhaushalt der Manisch-Depressiven. Die vor etwa Jahresfrist von *Hermann Zondek* in sensationeller Aufmachung mitgeteilten Befunde über den Bromstoffwechsel der Manisch-Depressiven haben sich als grober wissenschaftlicher Irrtum herausgestellt. Die vielfachen, als Kreislaufstörungen imponierenden Erscheinungen bei Manisch-Depressiven scheinen Ref. noch nicht genügend experimentell geprüft, als daß sich Sicheres darüber aussagen ließe.

Aussprache: *Rueff* fragt, ob Veränderungen in der Alkalireserve des Blutes (Säurebasengleichgewicht) im Wechsel des manisch-depressiven Zustandes bekannt sind.

Luxenburger: Die Zwillingsforschung ist besonders an der Frage interessiert, ob körperliche Störungen beim Manisch-depressiven Irresein wie überhaupt bei endogenen Psychosen nicht nur als Teilerscheinungen der Krankheit sondern auch als ätiologische Faktoren, d. h. als Nebenursachen aufgefaßt werden können. Daß wir die Hauptursache für das Manisch-depressive Irresein in der Erbanlage, in einer spezifischen Kombination verschiedener Gene zu erblicken haben, steht außer allem Zweifel. Diese Gene besitzen aber nach den Ergebnissen der Zwillingsforschung wohl eine hochgradige, jedoch keineswegs absolut große Penetranz, so daß sich die Manifestationswahrscheinlichkeit der Psychose nicht hundertprozentig gestaltet. M. a. W.: nicht jeder Mensch, der die genotypischen Voraussetzungen zum Manisch-depressiven Irresein mitbringt, wird schicksalsmäßig erkranken, es müssen vielmehr zu der Hauptursache noch Nebenursachen hinzutreten, welche die entartete Anlage mobilisieren. Dazu kommt, daß auch die Ausprägung des Leidens nach Grad und Art nicht rein schicksalsmäßig erfolgt, die Expressivität der Anlage also in erheblichem Maße steuerbar ist. Die Anlagen sind nur Reaktionsmöglichkeiten, die Reaktion selbst kommt unter Einspielung der genotypisch gegebenen Möglichkeiten

auf die Reize der Umwelt, auf Außenfaktoren zustande. Die Befunde der Zwillingsforschung machen es wahrscheinlich, daß ganz bestimmte körperliche Faktoren für den Ausbruch und den Verlauf der vom zentralen Höhlengrau gesteuerten peripheren Stoffwechselstörung (*Ewald*) von Bedeutung sind. Neben anderen Schädigungen können hier Vorgänge eine Rolle spielen, die den Haushalt des endokrinen Systems betreffen. Die große Bedeutung dieser Nebenursachen bzw. ihrer Klärung für Prophylaxe und Therapie der Erbkrankheiten liegt auf der Hand. Die Zwillingsforschung allein wird nur auf sie hinweisen und sie in hohem Grade wahrscheinlich machen können; die Nachprüfung der Befunde, ihre endgültige Sicherung und Nutzbarmachung für die Praxis ist Sache der Pathophysiologie. Diese sollte daher auf die etwaige ätiologische Bedeutung körperlicher Störungen bei Erbpsychosen ein ganz besonderes Augenmerk richten.

M. Rosenfeld fragt, in welchem zeitlichen Verhältnis die von ihm erwähnten körperlichen Symptome zu den psychischen Syndromen stehen. Es gibt doch zahlreiche Fälle, in denen z. B. der Schwund der Appetenz als erstes Symptom sich bemerkbar macht und die psychischen Störungen erst später folgen. Dieses trifft namentlich für jene Form von manisch-depressiven Zustandbildern zu, welche durch die sehr variablen Symptome der sog. allgemeinen vegetativen Neurose eingeleitet werden, für deren klinische Selbständigkeit — gerade gegenüber den manisch-depressiven Phasen im engeren Sinne — *R.* schon vor Jahren eingetreten ist. Hier könnte man umgekehrt mit größerem Recht von den psychischen Begleitsymptomen der allgemeinen vegetativen Neurose sprechen.

Jahn: Von Untersuchungen bei Manisch-depressiven ist von dem Herrn Referenten die Appetitstörung hervorgehoben worden. Bei allen Stoffwechseluntersuchungen ist aber der Ernährungszustand von großer Wichtigkeit. Inanition und Überernährung beeinflussen alle Stoffwechselabläufe. Die Definition des Ernährungszustandes ist deshalb unumgänglich notwendig. Spiegelbestimmungen im Blut sind in ihrer Bewertung schwierig, weil die untersuchten Substanzen im Blut im vegetativ aktiven und inaktiven Zustand vorhanden sind.

Stoffwechseluntersuchungen müssen daher auf kurzfristige Schwankungen konzentriert werden. In der I. med. Klinik München haben Untersuchungen bei Asthenikern, die psychopathisch, oft auch depressiv sind, gezeigt, daß Stoffwechselreaktionen überschießend ablaufen. Arbeitsmethoden werden überkompensiert. Überreaktionen im Psychischen sind oft das Gegenstück.

Körperliche und psychische Störungen sind nicht regelmäßig miteinander verknüpft. Behandelt man aber vorhandene körperliche Störungen mit Ephetonie und anderen ergänzenden Medikationen systematisch, so gelingt es oft, depressive Stimmungslagen zu bessern.

Das ist nur eine erste Annäherung an das hier aufgerollte Problem, aber wir hoffen, daß der eingeschlagene Weg in gemeinsamer Arbeit mit der Münchener Psychiatrischen Klinik vorwärts führen wird.

Max Löwy-Marienbad: Hinweise auf die Gefahr, durch die Diskussion der Grenzbeziehungen etwa Basedow, vegetative Neurose usw. das Kerngebiet als Untersuchungsgegenstand zu verschieben. Wichtig, aber schwer zu erlangen wären Stoffwechseluntersuchungen (neben dem Körperbefund),

also der Konstitution in der prämorbiden Zeit oder im Intervall. Vielleicht erfahren wir so mal, was den Pyknikern usw. in der Melancholie denn geschieht oder geschehen ist, was etwa hinzukommt: Störungen des Zeiterlebens (*E. Minkowski*, Paris), der Gemeinempfindung und des Lustbetrugs der Motilität aus Triebaktivität (nach eigener Auffassung und in Berührung damit, das wäre aus dem endokrinen und vegetativen System und dem anlagemäßigen Stoffwechsel.

Roggenbau (Schlußwort): Auf die Anfrage betr. Untersuchungen über das Verhalten der Alkalireserve bei manisch-depressiven Erkrankungen ist zu erwidern, daß auch hierüber eine ganze Anzahl von Untersuchungen vorliegen, die jedoch keinerlei spezifische Veränderungen für die einzelnen Krankheitsphasen erkennen lassen. — Untersuchungen über den Stoffwechsel der prämorbiden Persönlichkeit und von nichterkrankten Zwillingen sind sicherlich wünschenswert, sind aber bisher nicht durchgeführt worden. Die bisher vorliegenden Stoffwechseluntersuchungen beziehen sich sämtlich auf die Erkrankungsphasen. — Nach Ansicht des Ref. handelt es sich bei den gefundenen körperlichen Erscheinungen nicht um Vorgänge, welche den psychischen Veränderungen übergeordnet sind, ebensowenig wie die psychischen Veränderungen als das primäre, und die körperlichen Erscheinungen als sekundäre Folgezustände angesehen werden können, sondern psychischer und körperlicher Symptomenkomplex sind die einander koordinierten Erscheinungen eines beiden übergeordneten Hirnprozesses.

Vorträge: *Seelert*-Berlin: Zur Frage der Entwickelungsbedingungen des pathologischen Rausches.

Die entscheidenden biologischen Vorgänge, die zum pathologischen Rausch führen, sind noch nicht ausreichend zu übersehen. Hervorzuheben ist die Erfahrung, daß es pathologische Rauschzustände gibt, bei denen aus den Angaben, die nach Ablauf des Zustandes von den Patienten gemacht werden, auf plötzliches Umschlagen der Alkoholwirkung vom Physiologischen ins Pathologische zu schließen ist. Es ist anzunehmen, daß dabei ein Vorgang einsetzt, der sich vorher, obwohl schon Alkohol aufgenommen war, noch nicht abspielte. Dazu paßt die Erfahrung, daß für die Entwickelung und Tiefe des pathologischen Rauschs die Menge des aufgenommenen Alkohols nicht entscheidend ist. Von großer Bedeutung für die Frage der Pathogenese des pathologischen Rauschs sind die in den letzten Jahren bei den hypoglykämischen Zuständen gemachten Erfahrungen; sie lassen vieles Gemeinsame zwischen pathologischem Rausch und hypoglykämischem Zustande erkennen. Es kommen hypoglykämische Zustände vor, die aus Symptomenbild und Verlauf von einem pathologischen Rausch nicht zu unterscheiden sind. Bei Untersuchungen von Patienten, die hypoglykämische Zustände gehabt haben, erhielt *Seelert* Angaben, die auf pathologisches Abweichen der Alkoholreaktion seit Auftreten der hypoglykämischen Zustände hinweisen. Auffällig ist, daß die Entwicklung des hypoglykämischen Zustandes durch die gleichen Vorgänge begünstigt wird wie die Entwicklung des pathologischen Rauschs. Hungern, körperliche Anstrengung, auch Krankheit fördern die Entwicklung des hypoglykämischen Zustandes; eine große Bedeutung für den Ausbruch der Hypo-

glykämie haben Affekterregungen. Wir stoßen hier also auf dasselbe, was uns seit langem beim pathologischen Rausch bekannt ist. Für die Erlebnisse im pathologischen Zustande pflegt nach der Hypoglykämie ebenso wie nach dem pathologischen Rausch weitgehende Amnesie zu bestehen; die amnestische Lücke kann auch bei dem hypoglykämischen Zustande, wie wir es vom pathologischen Rausch kennen, durch Erinnerungsinseln durchbrochen sein. Wie der pathologische Rausch überwiegend bei jüngeren Menschen vorkommt, tritt auch der hypoglykämische Zustand bevorzugt bei jüngeren Menschen auf. Auch diese Erfahrung ist unter dem Gedanken zu betrachten, ob nicht auch in dieser Parallele etwas nosologisch Gemeinsames zum Ausdruck kommt. Bei der Gegenüberstellung des pathologischen Rausches und des hypoglykämischen Zustandes ist zu beachten, daß Hypoglykämie mit psychischen Symptomen nicht nur im Verlauf der Insulinbehandlung des Diabetes, sondern auch außerhalb des Diabetes und außerhalb der Insulintherapie vorkommt.

Die angeführten Tatsachen geben für die Untersuchung und Betrachtung der pathologischen Rauschzustände neue Gesichtspunkte und neue Fragestellungen. Das, was wir bis jetzt wissen, führt zu der Überzeugung, daß das Pathologische beim pathologischen Rausch auf gleichem Boden zu suchen und wahrscheinlich auch zu finden ist wie bei der Hypoglykämie. Damit soll nicht gesagt sein, daß die Grundlage des pathologischen Rauschs lediglich eine Störung des Kohlehydratstoffwechsels ist; daß irgendwelche Stoffwechselvorgänge beim pathologischen Rausch entscheidend sind, zeigt die Gegenüberstellung des pathologischen Rauschs und des hypoglykämischen Zustandes mit großer Wahrscheinlichkeit. Die Anschauung, daß der pathologische Rausch nichts anderes als die Reaktionsform eines Psychopathen auf Alkohol ist, befriedigt nicht mehr.

Küppers, E.-Freiburg: Zur Pathophysiologie der Rauschzustände.

Wenn man zu den physiologischen Grundlagen der Psychosen vordringen will, muß man Störungen studieren, bei denen möglichst viele Faktoren bekannt sind. Diese Bedingung ist am besten erfüllt bei den Rauschzuständen, die durch ein sog. Narkotikum der Fettreihe hervorgerufen werden, da wir über die physiologische Wirkungsweise dieser Stoffe besonders gut orientiert sind. Von diesem Gesichtspunkte aus wurden Rauschversuche mit Stickoxydul gemacht. Es ergab sich als primäres Syptom des Rausches ein »strebungsloses Entrücktsein aus der Realität«, verbunden mit 1. einer zentral — wahrscheinlich thalamisch — bedingten dissoziierten Empfindungslähmung, bei der die Schmerzreize zwar qualitativ genau wahrgenommen werden, gefühlsmäßig aber nichts mehr bedeuten, 2. einer Verminderung der Herrschaft des seelischen Subjekts über seine Erkenntnis- und Handlungswerkzeuge (Einengung des Bewußtseins, Abschwächung der Hemmungen bei motorischen Äußerungen, Herabsetzung der Qualität der Leistungen) und 3. — weniger regelmäßig — einem starken Glücksgefühl, das sich, wenn vorhanden, auch motorisch in einem Lebhafterwerden der Ausdrucksbewegungen kundgibt. Bedenkt man, daß das Stickoxydul wie alle echten Narkotika dadurch wirkt, daß es einerseits wahllos in alle Zellen des Körpers eindringt und bei jeder einzelnen ihr Bezogensein auf ihre Umgebung abschwächt, also all-

gemein-dissoziierend wirkt, daß es andererseits eben dadurch die bereitliegende spezifische Schlafdissoziation in Gang setzt (vgl. dazu Zbl. Neur. 54, H. 3/4), so gelingt es, bis zu einem gewissen Grade ein Verständnis dafür zu gewinnen, daß die Einwirkung des narkotischen Mittels gerade die dargelegte psychische Veränderung hervorrufen muß.

Aussprache: *Lange:* Auch bei der Lokalanästhesie kommt es vorübergehend zur Dissoziation des Schmerzerlebens. Bei erhaltener Unterscheidungsfähigkeit für den schneidenden und stechenden Charakter des Schmerzes, die räumlichen und zeitlichen Verhältnisse der Schmerzapplikation fehlt doch der affektive Widerhall der Schmerzempfindung. Es muß also diese Dissoziation nicht immer zentral bedingt sein.

Küppers (Schlußwort) betont, daß er mit seiner Annahme von der zentralen Bedingtheit der narkotischen Analgesie nicht allein stehe; auch die chirurgischen Untersucher seien durchweg derselben Meinung.

P. Schröder-Leipzig: Über Halluzinationen.

Über das Halluzinationsproblem ist sehr viel Kluges gedacht und geschrieben worden. Der Kliniker kann damit nur wenig anfangen. Halluzinationen sind kein einheitliches und kein elementares Symptom. Was wir klinisch sehen, sind mannigfache und sehr verschiedene pathologische Gesamtzustände, bei welchen wir von den Kranken annehmen, daß sie wahrzunehmen glauben ohne adäquate Sinneseindrücke. Die Feststellungen an einer Gruppe halluzinierender Kranker kann nie auf alle »Halluzinierenden« übertragen werden. Die heutigen Wahrnehmungslehren sind keine brauchbaren Grundlagen für eine einheitliche Lösung des Halluzinationsproblems, ebensowenig wie unsere hirnanatomisch fundierten Denkgewohnheiten von den Sinneszentren und Leitungsbahnen im Gehirn. Von den positiven Funktionen der Sinneszentren und überhaupt von den Leistungen des Hirnrindengraus wissen wir tatsächlich nichts. Deshalb ist es auch nur irreführend, wenn man »die« Halluzinationen als Reizsymptome der Sinnesgegenden wertet, so unbestritten es bleibt, daß Schädigungen der Einstrahlungsgebiete der Projektionsfasern in das Rindengrau Erscheinungen wie Photome usw. zur Folge haben. Letztere müssen aber als Sondererscheinungen von den Sinnestäuschungen der Geisteskranken ganz getrennt werden. Die Unterscheidung zwischen »echten« und Pseudohalluzinationen ist klinisch bedeutungslos, sie ist lediglich eine Konzession an die Auffassung, daß Halluzinationen psychologisch den Wahrnehmungen gleichzusetzen seien. Vortr. schließt mit dem Versuch einer Aufzählung derjenigen Symptomenkomplexe, aus denen man sich das angebliche Elementarsymptom Halluzination als einheitlich herauszuschneiden gewöhnt hat. Die Halluzinationen durchaus als einheitlich verstehen zu wollen und darauf immer wieder Mühe zu verwenden, ist eine Utopie und ist aussichtslos. Wer sich wirklich eingehend mit halluzinierenden Geisteskranken beschäftigt, muß das rasch erkennen. (Der Vortrag erscheint ausführlich.) —

Aussprache: *Max Loewy*-Marienbad begrüßt den Vortrag als einen Reinigungsvorgang des Halluzinationsproblems, nun eingeleitet vom Standpunkt der klinischen Psychiatrie und des gesunden Menschenverstandes her. »Halluziniert« wird aus einer besonderen »psychiatrischen Situation« her-

aus, sei sie einer traumhaften, sei sie einer »wahnbildenden« entsprechend, unbewußter oder auch mal bewußter Art. Der »halluzinierte Anruf mit dem eigenen Namen« (1911) aus einer Gemütslage der Unruhe, Erwartung, mit dem Gefühl erhöhter, aber unbestimmter Importanz, »daß es einen angeht«, eben dieselbe Gemütslage an der Wurzel der Eigenbeziehung und des Beachtungswahns sei uns für die wahnbildende Situation ein Beispiel. Geht es aber hin zu den »trivialen Halluzinationen des Delirium tremens« und auch zu den Heiligenvisionen der Epileptiker, zu den »Wahnerlebnissen« der Schizophrenen wie etwa des Weltunterganges, nähern wir uns den traumhaften und ähnlichen Erlebnissen. All das sind natürlich keine echten Wahrnehmungserlebnisse, diese tragen für den Erlebenden wie für den Beobachter ja das Kennzeichen des unmittelbaren Zusammenstoßes mit der Außenwelt. Auch sehr lebendige und leibhafte Halluzinationen wirken aber eher wie ein »Ausspringen ins bewußte Erleben schon auf einer Zwischenetappe hin zur Vorstellung, nicht zur Wahrnehmung«, oder höchstens auf der gemeinsamen Strecke bis sit venia verbo zur »Schicht« der »Bilder«. Diese psychologisch zu untersuchen, könnte uns über das »Halluzinieren« vielleicht manches bringen.

Bürger-Prinz-Leipzig: Die angeborene Schreib- und Leseschwäche der Kinder.

In den Ausführungen wurde zunächst auf die Literatur verwiesen, insbesondere auf die letzte umfassendere Zusammenfassung von *Illing* (Mon.-Schrift Bd. 71). Aus dem eigenen, durchgearbeiteten Material wurden zur weiteren Klärung der Sachlage nur Kinder verwendet, die im übrigen in bezug auf sprachliches Verhalten, Intelligenz, optische Leistungen, motorisches Verhalten, wie sich bei den einzelnen Leistungsprüfungen und Experimenten ergeben mußte, völlig intakt waren. Bei den Kindern zeigten sich bei der Durcharbeitung ihrer Schreib- und Lesestörungen immer wiederkehrende typische Verhaltensweisen, wie sie teilweise in der Literatur auch schon beschrieben sind: typische Anflickungen, fehlendes Abschlußerlebnis, Betonung des Wortanfanges, der oft richtig ist, während das weitere Wort gegen Mitte oder Ende zerbröckelt. Ferner wurden immer beobachtet für jedes Kind typische Zusammenziehungen, Siegelbildungen, Andeutungen, Perseverationen, die unter allen möglichen Bedeutungen verwendet wurden und auftraten. Der optische Zugang zum Wort war immer gering. Die Vokale wurden sehr oft nur als Begleitvokale zu Konsonanten aufgefaßt und daher nicht geschrieben. Längen-, Breiten- und Betonungsunterschiede wurden (akustisch) schwer und nie in größerer Differenziertheit aufgefaßt. Die Kinder flüsterten oft beim Schreiben die Worte richtig, langsam und deutlich vor sich hin, waren aber unfähig, den Lautierungsprozeß mit lauter Stimme durchzuführen. Diese Momente machen darauf aufmerksam, daß beim Lautieren, also dem Vorgang, der dem Schreiben und Lesen vorhergeht, ein anderes Verhältnis zur Sprache einsetzen muß, insofern als bei der Lautierung die Sprache wie etwas Gegenständliches, vor dem Menschen Stehendes, entkleidet aller Wortbedeutung gehandhabt werden muß. Diese Sprachkategorie steht den Kindern nicht zur Verfügung. Sie sind unfähig, die Sprache aus dem eigenen inneren Raum des »Innersprachlichen« heraustreten zu lassen in den gegenständlichen äußeren. Dieses sprachliche Verhalten wird als

»Sprache als Dargestelltes« im Gegensatz zur »Sprache als Darstellung«, d. h. als Darstellungsprozeß bezeichnet. Die fundierende Wichtigkeit dieses Verhaltens für alles Lesen und Schreiben und ihr Nichtvollziehen für die Störungen der angeborenen Schreib-Leseschwäche wird betont.

(Die Untersuchungen werden weiter fortgeführt. Sie wurden vorgenommen mit Herrn Dr. *Heinze*, Psychiatrische und Nervenklinik Leipzig und besonders in Arbeitsgemeinschaft mit den Herren Dr. *Burckhardt* und Dr. *Ehrhardt* vom Psychologischen Institut Leipzig.)

Aussprache: *K. Kolle*-Kiel weist zunächst darauf hin, daß Lese- und Schreibstörungen auch bei ganz gesunden, geistig sogar besonders gut beanlagten Kindern im ersten Grundschuljahr sehr häufig zur Beobachtung kommen. *K.* gibt zu bedenken, ob es nicht viel weniger die vom Vortragenden herausgestellten Mängel der psychophysischen Organisation als Fehler der Unterrichtsmethode sind, die sich noch immer nicht die Erkenntnisse der modernen Psychologie zu eigen gemacht hat. Der Kieler Psychologe *J. Wittmann*, welcher eine derartige Unterrichtsmethode nach modernen psychologischen Grundsätzen aufgebaut, eingehend theoretisch begründet und an zahlreichen Versuchsklassen in die Praxis eingeführt hat, verfügt bereits über viele ausgezeichnete Erfolge. (*Wittmanns* Buch, das z. Zt. vergriffen ist, erscheint in Kürze in neuer Bearbeitung.) Es ergeben sich von hier aus, wie sich *K.* in enger Arbeitsgemeinschaft mit *Wittmann* gezeigt hat, zahlreiche wichtige Beziehungen zur Aphasieforschung.

Kleist fragt den Vortr., warum er einen grundsächlichen Unterschied zwischen der angeborenen Schreibleseschwäche und der Alexie und Agraphie macht. Die Schriftleseschwäche ist nur eine besondere Form von partieller Entwicklungshemmung, vergleichbar mit zerebraler Kinderlähmung, apraxieartiger Ungeschicklichkeit, Neigung zu athetotischen und Mitbewegungen, zu Stottern, Stammeln u. a. Alle diese so oder so entstandenen Entwicklungsmängel beruhen auf Schädigungen der gleichen Hirnsubstrate, die bei später erworbenen Hirnverletzungen und Herderkrankungen zu Alexie, Agraphie, Apraxie, Athetose u. a. führen. Bei der angeborenen Schreibschwäche und Leseschwäche dürfte es sich um Entwicklungsmängel im Bereich des Hinterhaupts-Scheitellappens, besonders links handeln (Hinweis auf *Rieger*). Unterschiede im klinischen Verhalten von dyslektischen Kindern und Alexie bei einem reifen Menschen erklären sich wahrscheinlich aus einer verschiedenen Reaktion der Persönlichkeit auf den umschriebenen seelischen Ausfall.

Bürger-Prinz weist im Schlußwort auf die vielen Erfahrungen des Leipziger Psychologischen Institutes gerade auf dem Gebiet des Schreibens und Lesens der Kinder hin (*Volkelt, Kirschmann*). Gegenüber *Kleist* wurde jeder Zusammenhang mit aphasischen Störungen im strengen Sinne abgelehnt und hervorgehoben, daß keine sicheren Anzeichen dafür gefunden wurden, die eine Lokalisation der angeborenen Schreib-Leseschwäche oder eine hirnphysiologische Fundierung erlaubten.

Reichner-Heidelberg: Serologische Differenzierung im Bereich des Nervensystems.

Während der analytische Chemiker nicht in der Lage ist, die arteigenen Eiweißstoffe der verschiedenen Tierspezies sicher voneinander zu trennen, entwickelt der lebendige Organismus nach Vorbehandlung mit Blut

oder Gewebssuspensionen einer bestimmten Tierart spezifische Antikörper, die im Reagensglasversuch vorwiegend mit dem Eiweißartigen der zur Immunisierung verwendeten Tierart reagieren.

Blut und Körpergewebe ein und derselben Spezies besitzen demnach Eiweißbestandteile, die für die betreffende Tierart charakteristisch sind.

Diese Ausprägung des Artmerkmals zeigt sich nun im allgemeinen derart überwiegend, daß es zunächst trotz zahlreicher Versuche nicht gelingen wollte, darüber hinaus zu einer Differenzierung der verschiedenen Organe untereinander zu gelangen, obwohl es von vornherein wahrscheinlich ist, daß den morphologischen und funktionellen Eigenarten der Organe auch serologisch faßbare Struktureigentümlichkeiten entsprechen dürften.

Erst *Uhlenhuth* fand in der Augenlinse ein Organ, dessen Gefüge ein Merkmal erkennen ließ, hinter dem die Arteigentümlichkeit völlig zurücktrat. Werden nämlich Kaninchen etwa mit Linse vom Rind vorbehandelt, so entstehen vorwiegend Antikörper, die gegen Linsensubstanz der verschiedensten Tierarten gerichtet, die also nicht artspezifisch, sondern organspezifisch auf Linsengewebe eingestellt sind, ganz gleichgültig, von welcher Tierart die als Reagentien verwendeten Linsensuspensionen stammen.

Die Arbeiten *Landsteiners* sowie die anschließenden Untersuchungen besonders von *Sachs* und seinen Schülern über die Antigenfunktion der Lipoide unter Verwendung artfremder Eiweißstoffe führten *Brandt, Guth* und *Müller,* gleichzeitig im *Sachs*schen Laboratorium *Heimann* und *Steinfeld* zu Versuchen, die Antikörperbildung bei Kaninchen zu studieren, denen im Wege der Kombinationsimmunisierung Hirnextrakte injiziert worden waren. Dabei ergab sich eine überwiegende Reaktionsfähigkeit der so entstandenen Antisera mit alkoholischen Hirnextrakten.

Auch *Georgi* und *Fischer* kamen auf Grund etwas andersartiger Versuche zu dem Schluß, daß die Lipoide des Zentralnervensystems von den Lipoiden der Eingeweideorgane zu unterscheiden seien.

Die genauere Analyse dieser offenbaren Organspezifität der Hirnantisera im Heidelberger Laboratorium führte zu dem Ergebnis, daß die Lipoide des Zentralnervensystems in der Tat Eigenschaften besitzen, die sich nur mit denen der Linseneiweißkörper vergleichen lassen. Im Gegensatz zu den meisten parenchymatösen Organen reagierten sie

1. mehr oder weniger ausschließlich mit Hirn-Antiserum,
2. traten artspezifische Lipoide entweder überhaupt nicht oder nur in ganz geringem Maße in Erscheinung.

Darüber hinaus zeigte sich, daß die organspezifische Reaktionsfähigkeit von Hirnsuspensionen durch Kochen nicht zerstört wurde, während der gleiche Vorgang bei Nieren- oder Lebersuspensionen sowohl die Fähigkeit zur artspezifischen Antikörperbildung als auch zur Bindung in vitro in der Regel ausschaltete.

Andererseits reagierten Hirnextrakt-Antisera auch mit wässrigen Hirnsuspensionen stark, und die Vorbehandlung mit derartigen Suspensionen führte wiederum, wie eingehende Untersuchungen von *Witebsky* und *Steinfeld* ergaben, zur Ausbildung organspezifischer Hirn-Lipoid-Antikörper. Die spezifischen Lipoide des Gehirns sind demnach ohne Sprengung des nativen Zellverbandes durch alkoholische Extraktion oder Erhitzung in besonderer Weise disponibel.

Es ist das besondere Verdienst von *Witebsky* und *Behrens,* mit der »serologischen Differenzierung zwischen Vorderlappen und Hinterlappen der Hypophyse« diese experimentellen Ergebnisse für die immunbiologische Analyse des Zentralnervensystems erweitert zu haben.

Diese Autoren immunisierten Kaninchen einmal mit gekochten Vorderlappensuspensionen, eine andere Gruppe mit gekochter Hinterlappensubstanz vom Rinde. Dabei ergab sich, daß die Vorderlappentiere überhaupt keine Lipoidantikörper gebildet hatten, während die Hinterlappen-Antiseren regelmäßig Lipoidantikörper enthielten, die entweder vorwiegend mit alkoholischen Hinterlappenextrakten und in geringerem Maße auch mit Hirnextrakten, nie dagegen mit Vorderlappenextrakten reagierten.

Die organspezifische, alkohollösliche Gewebseigenschaft des Hypophysenhinterlappens ist also, ebenso wie die des Gehirns, koktostabil. Die Ausschaltung des kochempfindlichen artspezifischen Faktors ließ die Organspezifität sogar besonders rein hervortreten. Die durch Immunisierung mit Substanz vom Rinde erzeugten Hinterlappen-Antisera reagierten ebenso mit Hinterlappenextrakt vom Schwein. Es dürfte also auch im Falle des Hypophysenhinterlappens die organspezifische Antikörperwirkung nicht auf eine Tierart begrenzt sein, sondern sich wie bei Hirn- und Linsen-Antiseren verhalten.

Neben Antiseren, die sowohl mit dem homologen Hinterlappenextrakt als auch mit Hirnextrakt reagierten, wurden aber auch Hinterlappen-Antisera erhalten, die nahezu ausschließlich gegen Hinterlappenextrakt gerichtet waren und nicht oder nur sehr wenig auf Hirnextrakte übergriffen.

Es war also 1. möglich, die ontogenetisch verschiedenartige Herkunft der beiden Hypophysenlappen mit serologischer Methodik zu bestätigen, 2. konnte der dem Zwischenhirnboden zugehörige Hinterlappen der Hypophyse der übrigen Hirnsubstanz gegenüber abgegrenzt werden.

Nach den Verhältnissen beim Hypophysenhinterlappen ließ sich vermuten, daß die Möglichkeiten serologischer Differenzierung im Bereich des Zentralnervensystems also nicht auf die bloße Feststellung der ontogenetischen Zugehörigkeit beschränkt, daß vielmehr die Anteile des Neuroektoderms selbst einer weiteren immunbiologischen Analyse zugängig sind.

Unter diesem Gesichtspunkt versuchten *Witebsky* und ich, mit analoger Methodik die Verhältnisse bei der Zirbeldrüse zu analysieren.

Hierbei ergab sich, daß Antisera, die durch Vorbehandlung mit gekochter Epiphysensuspension vom Rinde entstanden waren, in jedem Falle auf Hirnextrakte und umgekehrt Hirn-Antisera derart auf Epiphysenextrakte übergriffen, daß lediglich auf eine weitgehende Identität der Epiphysenlipoide mit den Hirnlipoiden geschlossen werden konnte, ohne daß eine Differenzierung zwischen beiden möglich war.

Gegenüber Extrakten von Herz, Leber, Niere, Schilddrüse usw. verhielten sich dagegen die Epiphysen-Antisera durchaus wie organspezifisch geprägte Hirn-Antisera, so daß die Zugehörigkeit der Zirbeldrüse zum Neuroektoderm stets deutlich zum Ausdruck gelangte.

Während demnach im Falle des Hypophysenhinterlappens eine Differenzierung des Organs gegenüber dem Gehirn auf Grund der Strukturverschiedenheit alkohollöslicher Gewebsanteile lipoider Natur möglich war, gelang dies bei der Epiphyse nicht.

Erst die Verwendung nativer, nicht gekochter Organsuspensionen zur Immunisierung und ebensolcher als Antigene im Reagensglasversuch, führte zu einer qualitativen serologischen Abgrenzung der Zirbeldrüse vom übrigen Gehirn. In diesem Falle reagierte regelmäßig das Epiphysen-Antiserum stärker mit seinem homologen Antigen und umgekehrt das Hirn-Antiserum stets schwächer mit den Epiphysensuspensionen.

Gekochte Epiphysensuspensionen reagierten niemals mit derartigen Antiseren. Ebensowenig alkoholische Extrakte. Daraus ist zu entnehmen, daß die der Epiphyse im Verhältnis zum Gehirn eigentümlichen Antigenstrukturen, die eine immunbiologische Differenzierung zwischen den beiden Anteilen des Zentralnervensystems gestatten, im Gegensatz zu den serologisch faßbaren Merkmalen des Hypophysenhinterlappens alkoholunlöslich und koktolabil sind.

Wir können hieraus die Vermutung ableiten, daß es sich bei der Unterscheidung von Gehirn und Zirbeldrüse überhaupt nicht um eine Lipoiddifferenzierung, sondern um die serologische Erfassung von zwei verschiedenen Antigenfunktionen thermolabiler, eiweißartiger Natur handelt.

Im Zusammenhang mit den bisherigen Organdifferenzierungen mußte die Einbeziehung von Hirntumoren in den Gang der Untersuchungen von Interesse erscheinen.

Wir prüften mit analoger Methodik das serologische Verhalten eines Glioms gegenüber normaler Substanz der dem Tumor gegenüberliegenden Seite des gleichen Gehirns.

Hierbei ließ sich zeigen, daß durch Vorbehandlung von Kaninchen mit Gliomsubstanz die Gewinnung von Antiseren möglich ist, die im Komplementbindungsversuch durchaus dominant mit dem homologen Gewebsextrakt reagieren, ohne nennenswert auf den Extrakt von normalem Gewebe oder auf andere Kontroll-Hirnextrakte überzugreifen.

Zwischen Gliom- und Normalhirnsubstanz besteht also immunbiologisch nur eine partielle Identität.

Schließlich versuchten wir, Substanz aus dem Kerngrau der Stammganglien und Rindengrau der eingestülpten Partien vom Ammonshorn, die beim Rinde sehr ausgiebig entwickelt sind, gegenüber weißer Substanz aus dem Marklager des Centrum semiovale gegeneinander abzugrenzen.

Neben Antiseren aus den genannten Hirnteilen stellten wir noch solche vom Nervus ischiadicus, von Sakralmark, Boden des vierten Ventrikels und vom Kleinhirn als Ganzem her.

Zunächst ließ sich in vielen Einzelversuchen, unter Verwendung zahlreicher Extrakte, der Nachweis führen, daß die Kernpartien des Caudatums und des Ammonshorns gegenüber der Marksubstanz derartig eindeutig abgrenzbar waren, daß wir geradezu eine Substantia-alba-Funktion der Markweiß-Antikörper den Kern-Antiseren von Nucleus caudatus und Ammonshorn gegenüberstellen können.

Das Ischiadicus-Antiserum verhielt sich im wesentlichen wie ein Substantia-alba-Antiserum. Ähnlich die Kleinhirn- und Rückenmark-Antiseren, deren graue Anteile serologisch zunächst nicht in Erscheinung traten.

Diese Gruppenordnung in Kern- und Mark-Antigenfunktionen wurde noch deutlicher, wenn wir ein Nucleus-caudatus-Antiserum auf der einen, ein Substantia-alba-Antiserum auf der anderen Seite, außer mit den entsprechenden Caudatum- und Alba-Extrakten noch mit solchen von Ammons-

horn, Ischiadicus und Großhirnrinde prüften. Dann reagierten Alba- und Ischiadicus-Extrakte überwiegend mit dem Alba-Antiserum, Großhirnrinde und Ammonshorn mit den Caudatum-Antikörpern.

Caudatum- und Markweiß-Extrakte vom Schwein verhielten sich, ohne daß ein artspezifisches Moment dabei störend in Erscheinung trat, ebenso wie entsprechende Rinderextrakte.

Freilich konnten wir zunächst nur partielle Antigenfunktionen mit Sicherheit nachweisen, d. h. trotz der stets überwiegenden Reaktionsfähigkeit der Antiseren mit ihren zugehörigen Extrakten ließ sich ein Übergreifen der Antikörperwirkung, wenn auch in bedeutend geringerem Maße, auf die heterologen Extrakte beobachten.

Dieses Verhalten änderte sich durchaus, nachdem wir als neue Indikatoren Extrakte aus den Hirnen niederer Wirbeltiere auf der einen, embryonale Hirnextrakte auf der andern Seite in die Untersuchung einbezogen hatten.

Dann ergab sich, daß die Antisera der Substantia-alba-Gruppe überhaupt nicht oder nur andeutungsweise mit Embryonalhirn, dagegen ausgiebig mit Fisch- oder Froschhirn reagierten.

Umgekehrt traten Kernantiseren ohne weiteres mit Embryo-Hirnen beliebigen Alters in Reaktion, aber nicht mit Extrakten aus Amphibien- oder Fischhirn.

Auf diesem Wege war also sogar eine absolute Differenzierung zwischen Kern- und Marksubstanz möglich!

Von besonderem Interesse dürfte hier das Verhalten der Alba-Antiseren sein.

Weitere Versuche mit Embryohirnextrakten zeigten uns nämlich, daß deren Reaktionsfähigkeit mit Alba-Antiserum erst in den letzten Stadien der embryonalen bzw. den ersten der postfoetalen Entwicklung allmählich in Erscheinung tritt. Inwieweit dieses Verhalten mit der zunehmenden Myelinisierung des Gehirns parallel geht, sollen weitere Experimente lehren.

Zusammenfassend können wir auf Grund der bisherigen Untersuchungen sagen:

1. Wie die Augenlinse ist auch das Gehirn serologisch von den übrigen Organen differenzierbar.
2. Am Beispiel der Hypophyse wird deutlich, daß, innerhalb eines Organes, der neuroektodermale Anteil auf Grund der dem Nervensystem zukommenden Organspezifität immunbiologisch abgrenzbar ist.
3. Auch innerhalb des Neuroektoderms selbst ist eine serologische Differenzierung möglich. Bisher gelang der Nachweis spezifischer alkohollöslicher und koktostabiler Antigene: beim Hinterlappen der Hypophyse — gegenüber dem Gehirn, beim Markweiß des Gehirns, Rückenmarks und peripherer Nerven — gegenüber Kerngrau des nucleus caudatus und der Rinde.

   Ebenso konnte ein Gliom gegenüber tumorfreier Substanz abgegrenzt werden.
4. Im Falle der Epiphyse sind alkohollösliche koktostabile Antigenfunktionen, hinsichtlich deren die Zirbeldrüse mit dem Gehirn übereinstimmt, von thermolabilen, alkoholunlöslichen zu unterscheiden, die eine Abgrenzung des Organs vom Gehirn gestatten.

Aussprache: *Walter:* Die Untersuchungen von *Reichner* bestätigen meine seit 20 Jahren vertretene Anschauung, daß die Zirbeldrüse keine Drüse, sondern ein nervöses Organ ist. Ich muß immer wieder betonen, daß es in der Epiphyse keine Zellelemente gibt, die als sekretorische gedeutet werden müssen.

Schlußwort: *Reichner:* Die serologische Differenzierung der Zirbeldrüse läßt in der Tat erkennen, daß zumindest die alkohollöslichen Elemente der Epiphysensubstanz hinsichtlich ihrer Reaktionsfähigkeit derart mit den entsprechenden Antigenstrukturen des Großhirns übereinstimmen, daß die Zugehörigkeit des Organs zur morphologischen und funktionellen Einheit des Zentralnervensystems, für die insbesondere *Walter* in seinen histologischen Untersuchungen über die Zirbeldrüse (als neuroepitheliales, nicht drüsiges Organ) eingetreten ist, auch vom immunbiologischen Standpunkt her wahrscheinlich gemacht wird.

Tönnis-Würzburg: Die Leistung der modernen Hirnchirurgie (mit Krankenvorstellung).

Die bekannten bisher unerreichten Erfolge *Cushing*s und seiner Schüler sind das Ergebnis einer weitgehenden Spezialisierung, eine Tatsache, die bei uns viel zu wenig berücksichtigt wird, wenn über die bei uns noch recht unerfreuliche Lage der Neurochirurgie gesprochen wird. Wer einmal Gelegenheit hatte, der Arbeit an einer Neurochirurgischen Klinik zuzusehen, wird verstehen, daß es unmöglich erscheinen muß, daß ein Allgemeinchirurg — abgesehen davon, daß es ihm schwer sein dürfte, allein die notwendigen Spezialkenntnisse zu beherrschen — schon allein aus Zeitmangel den neurochirurgischen Kranken nicht die Sorgfalt zukommen lassen kann, die die unbedingte Voraussetzung der Erfolge *Cushing*s und seiner Schüler bildet. Deshalb entschloß sich mein Chef, Geheimrat *König,* dazu, einen seiner Assistenten an einer neurochirurgischen Klinik ausbilden zu lassen und ihn mit der Behandlung des gesamten neurochirurgischen Materials zu beauftragen. So war es mir möglich, mich im vergangenen Jahre an der neurochirurgischen Klinik *Olivecrona*s in Stockholm in dieses schwierige Gebiet einzuarbeiten. Dank der Liebenswürdigkeit *Olivecrona*s hatte ich während meines ganzen siebenmonatigen Aufenthaltes eine selbständige Station, konnte bei allen Operationen assistieren und auch in seiner Vertretung eine Reihe größerer neurochirurgischer Eingriffe selbst ausführen. In der Dtsch. Z. Nervenheilk. wird hierüber ausführlich berichtet werden. Hier möchte ich unter Zugrundelegung des Materials der Stockholmer neurochirurgischen Klinik auf einige Punkte hinweisen, die im Schrifttum weniger zur Geltung kommen, die mir aber für die Würdigung der Arbeitsleistung der modernen Neurochirurgen wesentlich erscheinen. Zunächst einige Ziffern über die Größe des Stockholmer Materials, die zeigen mögen, wieviel häufiger Hirngeschwülste sind, als im allgemeinen angenommen zu werden pflegt. Vom 1. VI. 1930 bis zum 31. V. 1931 wurden in der Klinik 261 neurochirurgische Kranke behandelt, an denen 160 größere Eingriffe vorgenommen wurden. Diese Zahl ist in dauernder Zunahme begriffen. Während meines siebenmonatigen Aufenthaltes im Jahre 1932 sah ich allein schon 140 größere neurochirurgische Operationen, darunter 72 wegen Hirntumoren. Die bekannten guten Erfolge dieser Spezialkliniken beruhen aber nicht

nur auf einer besonders verfeinerten Technik und auf der gewiß nicht zu unterschätzenden großen Erfahrung in der Vor- und Nachbehandlung der Kranken, sondern auch auf einer sehr guten Diagnostik der Hirngeschwülste. Auch das möchte ich Ihnen an einer Statistik *Olivecronas* zeigen (Tabelle): 92,8% aller histologisch bestätigten Hirngeschwülste wurden bei der Operation angetroffen. — An einigen selbst operierten Fällen möchte ich Ihnen nun einige diagnostische und therapeutische Fragen demonstrieren, die gewissermaßen zur täglichen Arbeit des Neurochirurgen gehören. Wenn mein Material naturgemäß auch noch klein ist, so habe ich doch in knapp 5 Monaten bisher durch das Vertrauen einheimischer und auswärtiger Ärzte und der hiesigen Kliniken schon im ganzen 43 neurochirurgische Fälle behandeln können, an denen 51 kleinere und größere Eingriffe ausgeführt wurden, darunter 24 Trepanationen und Laminektomien. Es werden vorgestellt: ein Halsmarktumor (Neurinom von C.V. auf der Vorderseite des Rückenmarks gelegen), ein Fall von umschriebener Arachnoiditis über dem hinteren Teil der 1. und 2. linken Frontalwindung; eine traumatische Spätepilepsie, ein linksseitiger Frontaltumor (80 g schweres Gliom), linksseitiger Schläfenlappentumor, linksseitiger Kleinhirntumor, Hypernephrommetastase im Oberwurm (Ventrikulogramm und Hirnschnitt), ein Hypophysenadenom und zwei supraselläre Tumoren. An Hand der Ventrikulogramme, Operationsskizzen, Lichtbilder bzw. vorgestellten Kranken wird die Diagnostik, das operative Vorgehen und das Ergebnis geschildert.

Aussprache: *Albrecht:* Nach meinen Erfahrungen bei einem Besuch der neurochirurg. Abtlg. *Olivecronas* in Stockholm liegt das Schwergewicht für die besseren operativen Erfolge *O.*s und der Amerikaner nicht in der besseren Diagnostik, sondern in der guten operativen Technik. Es wird im Gehirn nicht mit dem Messer, auch nicht mit Diathermie geschnitten, sondern präpariert, stumpf mit feinsten Tüpfern das Gehirn vom Tumor langsam in stundenlanger Operation gelöst. Der Finger kommt nie mit dem Gehirn in Berührung. Infolge dieser weitgehenden Schonung des Gehirnes auch keine postoperativen Schädigungen. — Unsere Chirurgen müssen sich dieser Technik annehmen; daß diese Technik erlernbar ist, zeigen die schönen Erfolge des Herrn *Tönnis.*

Hans-Robert Müller-Würzburg: Demonstration einiger postoperativer Liquorkurven (Zellzahl, Eiweißgehalt, Mastixkurve), aus denen im Einzelfall der klin. Verlauf gut zu ersehen ist. Es findet sich immer eine Reizmeningitis, die meist nach 2—3 Wochen abklingt. Bei inoperablem Tumor kommt es dagegen ante exitum zu erneutem Anstieg auf path. Werte.

Vergleich der Werte im Lumbal-, Cysternen- und Ventrikelliquor bei Hirntumoren ergab wechselnde Befunde. Es ist genaue Analyse des Einzelfalls erforderlich, dann läßt sich fast immer ein path. Liquorbefund erheben.

Tönnis (Schlußwort): Herrn *Albrecht* möchte ich nur erwidern, daß es mir mit meiner heutigen Demonstration darauf ankam, zu zeigen, daß auch wir deutschen Chirurgen Hirntumoren erfolgreich operieren können; allerdings nur dann, wenn wir es richtig gelernt haben und, wenn sich einzelne diesem schwierigen Gebiet besonders zuwenden. Auf

die Dauer wird natürlich der spezialisierte Neurochirurg bessere Erfolge haben als der nur gelegentlich Neurochirurgie treibende Allgemeinchirurg.

Creutzfeldt und *Roggenbau*-Berlin: Encephalopathia thyreotoxica.

Der Untersuchung liegen 10 Fälle aus den Jahren 1926—1932 zugrunde. Es handelte sich um Frauen im Alter von 36—53 Jahren. Von ihnen litten acht an Basedow. Davon war bei vier Fällen eine Bestrahlungsbehandlung vorausgegangen, die 1—6 Monate zurücklag. In einem dieser Fälle war der Bestrahlung eine akute, tödliche Verschlimmerung gefolgt. Einmal hatte sich die Verschlechterung an eine Unterbindung der Arteria thyreoidea angeschlossen. Bei zwei Fällen handelte es sich um eine Intoxikation mit Degrasin, durch die innerhalb von 10 Tagen ein Gewichtsverlust von 15—25 kg verursacht wurde. Die körperliche Untersuchung ergab außer dem typischen Bilde des Basedow in allen Fällen eine Herzinsuffizienz, starken Wechsel des Blutdrucks, in mehreren Fällen in Verbindung mit der akuten Verschlimmerung starke Neuralgien und sogar einmal tetanische Anfälle. Bei einer etwa 35 jährigen Degrasinkranken betrug der Blutdruck 180 mm Hg. Der Tod erfolgte bei allen Fällen an Kreislaufschwäche, deren Ursache in der Schilddrüsenerkrankung bzw. thyreotoxischen Störung gesucht werden mußte. Nur in dem einen Degrasinfall, der 1 Jahr 11 Monate in der Beobachtung der Klinik blieb, mußte die Herzstörung auf eine Sepsis zurückgeführt werden. Die psychiatrische Beobachtung erstreckte sich in den echten Basedow-Fällen auf 1—3 Tage. Diese Fälle boten fast alle ein charakteristisch exogenes Zustandsbild mit allen Stadien der Bewußtseinstrübung, mit Mißtrauen, Schreckhaftigkeit und Angst, die häufig als Herzangst bezeichnet wurde. Der Zustand schwankte stark. In drei Fällen beherrschten bis zum Eintritt der vollen Bewußtlosigkeit lebhafte Delirien das Bild. Die Delirien wechselten gelegentlich mit Zuständen guter Orientierung, in einem Falle blieben sie auf die Nacht beschränkt. Von den beiden Degrasinfällen bot der eine zunächst ein paranoides Zustandsbild mit Eigenbeziehungen, Stimmenhören und einer schweren zunehmenden Hyperkinese. Neben der Angst traten maniforme Züge hervor. Es bestand ein ausgesprochener Korsakow mit völliger Desorientierung. Der Tod erfolgte an Parotitis und Herzschwäche. Die Beobachtung dauerte 14 Tage. Der andere Fall, der $1^1/_2$ Jahre beobachtet wurde, war zunächst wegen Herzschwäche in internistische Behandlung und zeigte Unsicherheit bei der Bewegung. Nach einem Blutsturz wurde die Patientin verwirrt und desorientiert, ihr Gedächtnis nahm ab, sie verwechselte Personen, wurde zunehmend dement-euphorisch. Anfänglich hatte eine starke Angst und Ratlosigkeit bestanden. Hier entwickelte sich eine Hyperkinese, die mit stuporösen Zuständen abwechselte. Die Patientin hörte Stimmen, war desorientiert, leicht ablenkbar, kombinierte schlecht, aber rechnete bis zuletzt eigentlich leidlich. Es bestand außerdem eine eigenartige Sprachstörung. Das Röntgenbild zeigte eine starke Hirnatrophie. Der Tod erfolgte an einer Sepsis auf der Basis einer Cholecystitis. Die anatomische Untersuchung ergab in allen Fällen bis auf den letztbeschriebenen das Bild einer Kachexie und als Todesursache eine schwere Herzschädigung. Verhältnismäßig oft sah man mehr oder weniger ausgesprochene, jedenfalls immer für das

Alter starke atherosklerotische Veränderungen. Das Hirngewicht betrug 1200—1260 g. Es bestand eine deutliche Hirnatrophie mit entsprechendem Hydrocephalus int. und externus. Mikroskopisch fand man namentlich in der Rinde und im Striatum herdförmig um erkrankte Gefäße angeordnete starke Verfettung der Nervenzellen mit Fettspeicherung in den Hortega-Zellen und den Gefäßwänden. Und zwar waren nicht nur Körnchenzellen in der Adventitia zu finden, sondern auch die Intimazellen zeigten deutliche Verfettung. Dieser Befund wurde in allen Fällen erhoben und wechselte nur dem Grade nach. Lediglich in dem langdauernden Degrasinfall sah man auch Pigmentatrophien. Auch die paläencephalen Gebiete waren mit erkrankt. Aber der Prozeß war hier weit weniger ausgesprochen. Namentlich konnten gröbere oder lokalisatorisch verwertbare Veränderungen im Zwischenhirn (Corpora mammillaria) nicht gefunden werden. Es handelt sich also in allen Fällen um einen hirnatrophischen Prozeß, der mit atherosklerotischen Veränderungen einhergeht und in einer fettigen Degeneration des nervösen Parenchyms seinen mikroskopischen Ausdruck findet. Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen den echten Basedow-Fällen und der arzneilichen Thyreotoxikose ließ sich nicht feststellen. Man hat sogar den Eindruck, daß nach einer solchen Intoxikation der einmal angerichtete Gewebsschaden zwar bestehen bleibt, aber — wenn überhaupt — nur in geringem Maße fortschreitet. Diese anatomischen Befunde finden im klinischen Verlauf der Erkrankung weitgehend ihre Bestätigung. Das klinische Bild, das in den akuten Fällen zu schwerer Beeinträchtigung des Bewußtseins mit deliriösen Erscheinungen und Korsakow führt und, wie die Degrasinfälle zeigen, zu einem Defektzustande Veranlassung gibt, der dem Bilde anderer hirnatrophischer Prozesse entspricht, weist eindeutig auf eine schwere Hirnschädigung hin. Bemerkenswert sind die Angstzustände, die ja auch sonst zum Bilde des Basedow gehören. Sie lassen im Zusammenhalt mit den Kreislaufstörungen, der Herzschwäche und den atherosklerotischen Veränderungen daran denken, daß hier nahe Beziehungen zwischen der Angst (Herzangst) und der Zirkulationsstörung bestehen. (Die geschilderten Veränderungen wurden durch Zeigen von Lichtbildern bewiesen.)

Jacobi und *Löhr*-Magdeburg: Das kranke Hirngefäß im Röntgenbild.

Die Arteriographie ist imstande, uns über den normalen Gefäßverlauf im Gehirn zu orientieren. Sie ist ferner in der Lage, an den Gefäßen selbst Krankheiten zu erkennen und schließlich uns weiter zu helfen bei der Suche nach raumbeengenden Prozessen im Gehirn, seien sie nun bedingt durch abnormen Hirndruck, durch Gehirnabszesse, durch Blutungen oder Tumoren, Zustände, die sich durch eine Verlagerung des Arterienbildes kundgeben. Wenn man überhaupt Gehirndiagnostik treiben will, so ist es selbstverständlich, daß nur im engsten Zusammenhang mit exakter neurologischer Diagnostik alle weiteren diagnostischen Hilfsmaßnahmen einen Wert haben. Man kann nicht erwarten, daß man dann schon, wenn ein gutes Arteriogramm der Hirnarterien geglückt ist, auch in der Lage ist, dieses Arteriogramm sofort zu lesen. Die Arteriographie würde eine diagnostische Spielerei werden und gar keinen Nutzen bringen, wenn man nicht über die nötige Erfahrung verfügt, diese oft komplizier-

ten Bilder auch lesen zu können. Ja das Lesen der Arteriogramme ist nach unserer Erfahrung nicht leichter, vielleicht sogar schwerer als das Lesen von Röntgenbildern in anderen komplizierten Zweigen der Röntgenologie. Dagegen ist die Technik des Erlernens der Arteriographie nicht schwer. Die Sorge, daß sie dem Kranken Gefahren bringt, können wir dem Chirurgen nehmen, nicht aber die Schwierigkeit, die Arteriogramme richtig zu lesen und zu deuten. Hierzu kommt man erst nach längerem Studium der Anatomie, der Physiologie der Gehirndurchblutung und dem Studium möglichst viel normaler und pathologischer Arteriogramme. Auf einem Arteriogramm kann man nur die Äste erkennen, die von der Arteria carotis interna gespeist werden. In guten Arteriogrammen sieht man regelmäßig die Arteria ophthalmica, die Arteria chorioidea anterior, manchmal, jedoch nicht regelmäßig eine Reihe kleiner Gefäßchen, welche in die Substantia perforata anterior einmünden, dann das Bündel der Gefäße, welche zur Salviischen Gruppe gehören (Arteria cerebri media, die ihrerseits Äste schickt an den Temporallappen, an den Parietallappen bis zum Okzipitallappen hin und an den höheren Abschnitt des Parietallappens). Die Carotis interna selbst hat die verschiedensten Formen, die häufigste ist die eines doppelten S., eine Figur, die man mit *Moniz* zweckmäßig Carotidensiphon nennen kann. Aus dem oberen Abschnitt dieses Carotidensiphons entspringt noch eine sehr wichtige Arterie, die Arteria cerebri anterior, welche in der Scheitellinie verläuft und als Arteria pericallosa den Balken umsäumt. Da, wo sie das Knie macht oder noch weiter unten nahe dem Abgang der Arteria cerebri anterior sieht man meist einen starken Zweig, der aber oft aus mehreren Arterien sich zusammensetzt, im Röntgenbild aber als eine Arterie imponiert. Dieser Zweig läuft um den Gyrus cinguli bis zum hinteren Parietale und wird am zweckmäßigsten genannt Arteria pericallosomarginalis. Noch näher an dem Abgang der Arteria cerebri anterior vom Carotidensiphon oder gar selbst aus dem Carotidensiphon gehen ein oder zwei starke Äste auch auf der Medianlinie des Gehirns zu dem Stirnhirn hin als Arteriae frontales anteriores. Etwas weiter unten ist eine Arteria frontalis ascendens zu sehen, welche eine verschlungene Form bildet und nach *Moniz* das Bild eines Kandelabers zeigt. Es ist notwendig, daß man sich diese Gefäße, welche also alle aus der Arteria carotis interna kommen, einprägt. Studiert man die Gefäße eines normalen Menschen an der Leiche, so sieht man starke Kommunikationen im Vorderteil des Gehirns in Gestalt der Arteria communicans anterior und im hinteren Abschnitt des Gehirns in Gestalt der Arteria cerebri posterior zur Arteria vertebralis hin. Diese starken Kommunikationen werden im Arteriogramm beim Lebenden nicht dargestellt, wohl ein Zeichen dafür, daß sie als Reservekanäle beansprucht werden; denn die interessante Feststellung konnten wir bei unseren Arteriographien machen, daß bei einer Injektion auch noch so großer Mengen Thorotrast in eine Arteria carotis interna es bei normalen Durchblutungsverhältnissen im Gehirn niemals gelingt, Gefäßzweige, die in das Durchströmungsgebiet der Arteria vertebralis derselben und der anderen Seite gehören oder in das der kontralateralen Arteria carotis interna, zu füllen. Der Blutdruck in allen wichtigen Gefäßzweigen des eigentlichen Gehirns ist offenbar so exakt gegeneinander ausreguliert, daß jedes gesunde Gefäß auch allein seine Gefäßprovinzen bespült und ernährt und ein Zustrom aus anderen

Gefäßgebieten nicht eintritt. Daraus ergibt sich schon die Tatsache, daß man also arteriographische Diagnostik des Kleinhirns nicht machen kann, aber der große Vorteil, daß man bei einer Arteriographie immer nur die Gefäße der injizierten Seite zur Darstellung bringt, nicht dagegen die der kontralateralen Seite. Das ist bei einer Leiche ganz anders. Hier injiziert man nicht nur die Gefäßprovinzen einer Arteria carotis interna der gleichen Seite, sondern bringt durch den aufgehobenen, der Injektion entgegenwirkenden Blutdruck die gesamten Gefäße des Gehirns zur Darstellung. Das gibt dann im Röntgenbild ein so riesiges Gewirr von Gefäßen, daß der Anfänger sich daraus kaum zurechtfindet. Das Arteriogramm am Lebenden ist also viel einfacher zu lesen als das an der Leiche gewonnene. Wenn nun tatsächlich, bedingt durch ein genau gegeneinander abgestimmtes Kaliber der einzelnen Gefäße und durch den Blutdruck, der auf beiden Seiten gleich ist, bei Gesunden ein Übertritt des Kontrastmittels von einer Hirnhälfte auf die andere durch die starken Kommunikationen sich nicht vollzieht, so ist es klar, daß, sobald sich die Druckverhältnisse gegeneinander verschieben, sofort Übertritte von Blut aus der einen Hirnhälfte in die andere stattfinden. Wenn man bei solchen im Adersystem geschädigten Patienten Arteriogramme anfertigt, so ist der Befund dargestellter Arterien der kontralateralen Seite gar nicht selten. Insbesondere sieht man diese Doppelfüllung der Arterien im Stirnhirn am häufigsten, eine Doppeldarstellung der Arteria cerebri anterior und damit auch der Arteria pericallosa und Arteria pericallosomarginalis. Niemals dagegen sehen wir Übertritte aus dem Carotidenbereich in dem Durchblutungsbezirk der Arteria vertebralis. Diese irregulären Durchströmungen des Gehirns sieht man erstens bei Gefäßkrankheiten, vorwiegend bei der Arteriosklerose, dann bei Gefäßverlagerungen durch Tumoren in der Hauptsache. Wenn wir also die Arteria carotis interna injizieren, so können wir im wesentlichen über Schäden im Arteriensystem des Großhirns der injizierten Seite Kenntnis bekommen. Die Erfahrung hat uns gezeigt, daß wir nicht nur bei eigentlichen Gefäßkrankheiten, wie Lues und vor allen Dingen Arteriosklerose, die Gefäße im Gehirn röntgenologisch sichtbar machen können, sondern auch gezeigt, daß bei anderen entzündlichen oder paralytischen Zuständen der Gefäße diese ihre Form im Röntgenbild erkennbar verändern. Eine nicht geringe Erfahrung, die wir bei allen möglichen Hirnzuständen mit Stauungserscheinungen und Hirndruck machen konnten, hat uns auch ergeben, daß außer dem Ausgespanntsein der Gefäße, d. h. der Arterien, auch Füllungsbilder der Venen und der Sinus zum Ausdruck kommen, so daß wir bei Hirntumoren, insbesondere wenn sie größeres Ausmaß haben und raumbeengend wirken, diese Zustände nahezu regelmäßig finden und diesem Fund eine hohe diagnostische Bedeutung beilegen. Dasselbe gilt natürlich auch für Zustände, die mit Hydrocephalus einhergehen. Höchstes Interesse beanspruchen die Fälle mit arteriosklerotischen Veränderungen des Gehirns. Abgesehen von den physiologischen Änderungen der Durchblutung eines Gehirns mit sklerotischer Schädigung ist das Studium der Bilder der einzelnen Gefäße ganz besonders eindrucksvoll; denn es gelingt ganz zweifellos, auch aus dem Bild des einzelnen Gefäßes Krankheitszeichen herauszulesen, die in seinem Arteriogramm zur Darstellung kommen in einer Weise, wie man sie bis jetzt wohl in keinem Gefäßbezirk

darzustellen vermochte. Das Charakteristische des Arteriogramms eines Arteriosklerotikers ist der normale Gefäßverlauf, der in manchen Bildern uns beinahe so schematisiert anmutet, daß man glauben möchte, die Gefäße wären nachgemalt oder nachretuschiert. Diese Knotenbildungen kommen dadurch zweifellos meistenteils zustande, daß das sklerotische Gefäß einen scharfen Knick macht. Das sind Bilder, wie wir sie bei einem normalen Arteriogramm niemals sehen, offenbar deshalb, weil die Gefäße in sanfteren Windungen infolge ihrer besser erhaltenen Elastizität in das Gewebe eingelagert sind. Wir möchten also diese Knick- und Knötchenbildungen als durchaus pathognostisch ansprechen. Wir begegneten ihnen in leichterer Form bei den luischen Gefäßveränderungen des Gehirns, in schwerer Form hier bei den Sklerosen. Diese Knötchenbildungen sind aber nicht allein Knickungen von Gefäßen, die in der Richtung des Lichtstrahls sich auf die Platte projizieren, sondern auch zweifellos Gefäßwandveränderungen selbst, was man an den seitlich getroffenen Gefäßen am besten sehen kann. Ganz abgesehen davon, ist es natürlich auch wertvoll, den Verlauf der größeren Gefäße zu studieren. Auch sie haben Verdickungen und Verdünnungen ihres Kalibers, wie man das bei der Operation der Halsgefäße schon feststellen kann. Sie zeigen in ihrem Füllungsschattenbild Unregelmäßigkeiten, ja unter Umständen Unterbrechungen, welche bildlich zur Darstellung kommen, eine Deutung, die wir trotz aller Vorsicht bei der Besprechung der Arteriogramme doch als solche geben möchten, weil sie die nächstliegende ist. (Die Ausführungen werden an Hand von 25 Diapositiven gemacht. Vgl. Vortrag *Löhr-Jacobi* auf der 57. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.)

G. Ilberg-Dresden: Über Entwicklung des menschlichen Gehirns in den ersten Embryonalwochen.

Ilberg projizierte Photographien von frontalen bzw. sagittalen bzw. horizontalen Gehirnschnitten eines 30 mm langen, sieben Wochen alten, eines 12 mm langen, vier Wochen alten und eines 14 mm langen, fünf Wochen alten Embryos. Die Präparate waren in Alkohol fixiert, in Paraffin eingebettet, mit Toluidinblau gefärbt und mit dem Zeißschen Planar bzw. mit Apochromat 8,0 aufgenommen. Man sah die einzelnen Hirnblasen und ihren Zusammenhang miteinander, die vom Ependym der Ventrikel oder des Zentralkanals ausgehenden Zellzüge, die Plexus chorioidei, die Hypophyse, die Mundbuchtrachenhöhle, die Entwicklung des Auges und seinen Zusammenhang mit dem Zwischenhirn, Abteilungen des inneren Ohres, die erste Schädelknochenentwicklung. Übersichtspräparate zeigten Wirbel-, Rippen-, Schulter- und Beckenknochen, Lungen, Herz, sogar Herzklappen, Thymus, Leber, Nebennieren, Urnieren, Magen, Darm und Geschlechtsorgane. (Bei starker Vergrößerung erkennt man in der siebenten Woche im Rückenmark und im verlängerten Mark Gruppen von Ganglienzellen.) Zuletzt wurden Bilder eines 14 bis 20 Tage alten Embryos demonstriert. Dieser war gelegentlich einer Uterusschleimhautblutung abgegangen, und durch das eingedrungene Blut und die Zeit verändert, ließ aber Medullarrohr, Gehirnanlage, Darm, Herz, Blutgefäße und Haftstiel erkennen. (Der Fall wurde mit Abbildungen in der Z. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie 148. Band S. 126ff. veröffentlicht.)

Heyde-Würzburg: Über fermentchemische Untersuchungen.
Referat nicht eingegangen.

Szecsödy-Budapest: Freie Ärztewahl und die Irrenanstalten.

Als offizieller Delegierter der Vereinigung der Ungarischen Psychiater beehre ich mich, die diesjährige Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie auf das herzlichste zu begrüßen und ersprießliche wissenschaftliche Arbeit zu wünschen. Die ungarische psychiatrische Wissenschaft ist der deutschen eng verbunden, deren jede Schöpfung uns ungarische Psychiater aufhorchen läßt. Dieses enge Zusammenwirken bedingte, daß unser Irrenwesen, unsere Spitals- und Anstaltsverhältnisse den deutschen ähneln, ja diesen fast gleichen. Auch verdankt unser Irrenwesen dieser freundschaftlichen Zusammenarbeit bereits viele segensreiche Neuerungen; so konnten auch wir die Ergebnisse deutscher wissenschaftlicher Forschung in ihrer Gänze verwerten. Ihnen hierfür verbindlichst zu danken, erachte ich als angenehme Pflicht. Aber auch für die Anerkennung muß ich Ihnen danken, die Sie der wissenschaftlichen Tätigkeit meines Landes zu zollen stets bereit waren, gleichwie für jene Zuvorkommenheit, die Sie uns in jeder wissenschaftlichen Frage entgegenbringen. Diese Anerkennung wird uns ungarische Psychiater auch künftig zu jener gemeinsamen wissenschaftlichen Arbeit anspornen, aus der sich auf medizinischem Gebiete noch manche Errungenschaft entfalten dürfte.

In meinem heutigen Vortrag will ich die Frage der freien Ärztewahl nicht als ärztlich-wirtschaftliches Problem behandeln, vielmehr unter Berücksichtigung der ungarischen Verhältnisse lediglich in prinzipieller Hinsicht auf jene Fehler gegenwärtiger Irrenanstaltsverwaltung hinweisen, die weder die Interessen des Arztes noch der Kranken wahrt und dazu führt, daß der Kranke, entgegen seinem oder dem Willen seiner entschlußfähigen Angehörigen dort behandelt wird, wo er es nicht will, respektive daß Kranke auf die Abteilung eines Arztes gebracht werden, wo ihre Unterbringung der Suggestion oder anderer Gesichtspunkte halber unerwünscht ist. Gegenüber der freien Ärztewahl erwächst somit die wichtige Frage der freien Krankenwahl.

Bevor ich zur eingehenden Erörterung dieser Frage schreite, möchte ich kurz unter Beweis stellen, ob die Gesellschaft der in den Irrenanstalten angestellten Ärzte auch außerhalb der Anstalt bedarf, ferner ob dieses Ärztekorps der Allgemeinheit dienen könnte, sofern es sich — ähnlich den anderen Ärzten — mit fachärztlicher Privatpraxis befassen würde, um erst sodann auf den Beruf des Anstaltsarztes einzugehen.

Auf dem Wege der Ambulanz gelangt der Kranke nur selten zum Psychiater, zumal der Widerwille gegenüber dem Irrenarzt beziehungsweise der Irrenanstalt selbst in einsichtsvollen Fällen größer ist, als daß jemand um ärztliche Hilfe sich dorthin wenden würde. Ohne die einzelnen Krankheitsformen aufzuzählen, möchte ich als eklatantes Beispiel nur die progressive Paralyse hervorheben. Der an beginnender Paralyse leidende Kranke wendet sich behufs Behandlung seiner als Neurasthenie betrachteten Initialbeschwerden gewöhnlich an den Dermatologen oder Internisten. Erst wenn er infolge seiner beginnenden Demenz bereits wirtschaftlich ruiniert oder sein Leiden schon so weit fortgeschritten ist, daß er wegen Selbst-

und Gemeingefährlichkeit daheim nicht mehr gehalten werden kann, gelangt der Kranke in die Behandlung des Psychiaters, oft in einem Zustand, daß selbst die aktiveste Behandlung ihm nicht mehr zu helfen vermag.

Obwohl beim Publikum die Einsicht bereits überwiegt, daß die Nerven- und Geisteskrankheiten heilbar sind und behandelt werden müssen, wollen wir uns fragen, in wessen Behandlung sich — außerhalb der Anstalten — die Nerven- und Geisteskranken befinden. — In Budapest bin ich unter den Ärzten der staatlichen Heilanstalten der einzige, der sich der Privatpraxis widmet, während die anderen mit Rücksicht auf die aussichtslose Lage und starke Inanspruchnahme dies nicht einmal versuchen, obwohl in den zwei staatlichen Heilanstalten unserer Hauptstadt zwei Direktorärzte und sechs abteilungsleitende Chefärzte in Anstellung stehen. Außer den an der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik, der neuro-psychiatrischen Abteilung eines städtischen Spitals (laut *Baumann*, Stadtasyl), den Krankenversicherungsanstalten, zwei Polikliniken, in einem öffentlichen Spital und in den Sanatorien beschäftigten Fachärzten rekrutieren sich die praktizierenden Nerven- und Irrenärzte aus anderen Disziplinen (insbesonders aus der internen Medizin), respektive aus Ärzten, deren Mehrzahl über fachärztliche Approbation überhaupt nicht verfügt und keine Krankenabteilung besitzt. Leider entbehrt selbst ein Teil der in der gerichtlichen Psychiatrie tätigen Ärzte eine ernste fachmännische Schulung. Die Lage ist gegenwärtig die, daß die Patienten lieber einen auch den Laien allgemeinbekannten und in Mode stehenden Nervenarzt aufsuchen als den Anstaltsarzt, der einer neuro-psychiatrischen Abteilung angehört. Der Beruf des Anstaltsarztes erscheint dem Publikum dehonestierend und als keine solche Position, wie zum Beispiel die Stelle eines Spitalsprimararztes, die geeignet ist, Ansehen zu gebieten und dem Publikum Glauben zu machen, daß es sich um einen prominenten Vertreter seines Faches handelt. Der im Buche *Rittershaus* (Irrengesetzgebung in Deutschland) sich vorfindende Passus: »die Irrenärzte sind die schlechtesten Psychiater«, paßt recht gut auf die Meinung des Laienpublikums. Diese Feststellung hat insofern Recht, als die klassischen Psychiater (so nenne ich uns mitsamt den Übertreibern psychoanalytischer Richtung), die ernsten Bearbeiter neuro-psychiatrischen Gebietes aus übertriebener Bescheidenheit noch immer nicht erkannten, daß die durch tonangebende Psychopathen, den Bund für Irrenrechtsreform und Irrenfürsorge, sowie ähnliche pathologische Gebilde erfolgende Beeinflussung der öffentlichen Meinung dadurch paralysiert werden muß, daß auch wir unter Einhaltung ärztlich-ethischer Normen vor die Öffentlichkeit treten. Um die öffentliche Meinung aufzuklären, betone ich die Notwendigkeit von auf ethischer Grundlage stehenden Artikeln, denen die Tagespresse Platz einzuräumen hätte, ferner von Vorträgen und Rundfunkveranstaltungen. — Keine Disziplin weist so viel Untergruppen auf wie die Psychiatrie. Würden zum Beispiel die deutschen Magen- und Hirnoperateure separate Fachgruppen bilden, so würde solches gewiß seltsam anmuten. Nicht aber, daß Psychologen, Jugendpsychologen, diverse Individualpsychologen und Psychoanalytiker selbst in einem so kleinen Land Gesellschaften bilden können, wie es mein armes verstümmeltes Ungarn ist. Durch ständige und regelmäßige Vorträge, zuweilen durch absolut nicht vor das Laienpublikum gehörende Erläuterungen und Veröffentlichungen vergiften sie die Menschen vollends, wobei sie

Laien zu Psychoanalytikern und Individualpsychologen ausbilden. Ohne diese Richtungen jetzt einer Kritik unterziehen zu wollen, erkläre ich mit vielen alten und namhaften Psychiatern zusammen, daß seelisch Kranke ausschließlich auf individuelle Weise behandelt werden dürfen, wobei ich jedoch betonen möchte, daß diese Individualisierung keineswegs die Aufstellung eines Systems bedingen darf, nachdem diesfalls das Ergebnis der Anwendung dieser Methode zu knechthafter Schablonisierung wird. Die vorerwähnten pilzartig hervorschießenden Vereine, die Zeileisärzte, Kurpfuscher und Kräuterfrauen beweisen alle, wie notwendig Ärzte sind, die sich mit dem Nervenleben ernst befassen und welcher Mangel gerade an solchen besteht.

Auch an der Antialkoholbewegung nehmen größtenteils Laien teil, weshalb diese Bewegung recht oft auf unrichtigen Wegen einherschreitend zur wirksameren Fortführung des Kampfes unfähig ist und häufig der unbegründeten Antipathie und dem Unverständnis des Publikums begegnen muß. Diese Bewegung mit der Tuberkulosebekämpfung vergleichend, müssen wir Psychiater manches Versäumnis zugeben.

Ich möchte keiner Megalomanie verfallen, möchte zum Beispiel nicht behaupten, daß eine jede Wissenschaft in psychoanalytischer Beleuchtung zu erläutern ist. Dagegen behaupte ich, daß der Psychiater hinsichtlich des Geisteslebens ein führendes Wort mitzusprechen hat, daß die Neuro-Psychiatrie einen genau so wichtigen Wissenschaftszweig darstellt wie die interne Medizin oder die Chirurgie und daß zumindest so viel neuropsychiatrische Abteilungen nötig sind, als Professor *Lange* in seinem Referat fordert. Ohne die bekannten und unserseits erwünschten Hospitalisierungsbestrebungen eingehender zu besprechen, identifiziere ich mich mit den Herren *Alter, Pappenheim* und *Lange,* wonach allein die in den Spitälern zu erfolgende Aufstellung neuro-psychiatrischer Abteilungen zum Ziele führt. Dagegen ist der übertriebene Ausbau der Fürsorgeinstitutionen ein gegen das allgemein verkündete System der freien Ärztewahl gerichtetes Bestreben und die Einbekennung dessen, daß Mangel an Fachärzten besteht.

Das die Unterbringung der Kranken verfügende ungarische Gesetz ist — von den deutschen Verhältnissen abweichend — einheitlich, doch bestehen hinsichtlich der Aufnahme bei unseren Irrenanstalten, Kliniken und einzelnen psychiatrischen Spitalsabteilungen gänzlich entgegengesetzte Rechtsgewohnheiten, die mit dem Gesetz nicht immer in Einklang stehen. Am schwerfälligsten ist wohl die Aufnahme in die staatlichen Irrenanstalten, in denen Kranke nur auf Grund amtsärztlichen oder polizeiärztlichen Pareres untergebracht werden können. Auch diese Verordnung spricht dem Gedanken der freien Ärztewahl Hohn. Statt, daß der Kranke einen Facharzt aufsuchen würde, der behufs Unterbringung des Kranken auf seiner Abteilung Vorsorge treffen könnte, gelangt er im Wege der Behörde in die Anstalt und erst nach langwieriger Beobachtung auf den ihm entsprechenden Platz, nachdem er die auf der überfüllten — ein Primararzt hat durchschnittlich 400 Kranke — unruhigen Abteilung befindliche Kontrolle passiert hat. Die in meiner Heimat als Aufsicht übliche Gerichtsrevision schadet dem Gedanken der freien Ärztewahl viel weniger, obwohl es richtiger wäre, würde auch diese Kontrolle durch prominente staatliche Sachverständige ausgeübt werden. Unter den Vorkämpfern der offenen

Behandlung sind in Ungarn, außer *Gustav Oláh*, die Verdienste weiland Professor *Moravcsiks* zu nennen, der dies bereits um das Jahr 1900 auf seiner Klinik verwirklichte. Unter seinen Schülern findet die Aufnahme und Behandlung der Kranken in zwei Spitälern der Provinz in dieser Weise statt. Ich selbst konnte im Jahre 1927 im Szombathelyer Spital, Ráth und Haitsch in Györ, solche neue Spitalsabteilungen inaugurieren. Auf Grund meiner dort gemachten Erfahrungen kann ich ruhig behaupten, daß ein amtsärztliches Zeugnis gar nicht notwendig ist. Während meiner annähernd zweijährigen Tätigkeit, während der ich Geisteskranke stets auf eigene Verantwortung und ohne Parere aufnahm, wurde hiegegen kein einziger Einspruch erhoben. Die Kranken gelangten rascher und ohne Akten in entsprechende Spitalsbehandlung, wofür sie mir nach ihrer Genesung, wie auch ihre Angehörigen, nur Dank spendeten.

Guter Ruf kann außer aufklärender Tätigkeit nur durch wohlverrichtete Arbeit verdient werden. Auf einer Abteilung von 400 Betten jedoch wird jede individuelle Behandlung, Kontrolle körperlicher Kondition sowie ein allumfassender ärztlicher Dienst einfach illusorisch. Bereits *Griesinger* behauptete im Jahre 1868, daß ernster ärztlicher Dienst nur auf Abteilungen von höchstens 150 Betten verrichtet werden kann. Größere, sogenannte Mammutabteilungen, bedeuten meiner Ansicht eine Vergeudung ärarischer Mittel, zumal eine solche Institution trotz erheblicher Kosten niemals sympathisch sein kann, weil der auf solcher Abteilung gepflegte Kranke weder von den humanen Absichten des Arztes noch der Allgemeinheit überzeugt werden kann, weil der Arzt für seine nachlässige Arbeit nur Schmähungen verdient, während die Anstalt als Lohn Veröffentlichungen ernten wird, wie sie seinerzeit in der Kreuzzeitung erschienen sind.

Die chronischen, einer dauernden Behandlung in geschlossener Anstalt nicht bedürftigen Kranken gehören meines Erachtens in die Familienpflegekolonie. Solche Kolonien müßten sich jedoch in der Nähe einer jeden größeren Stadt befinden und zwar in Verbindung mit den Abteilungen, um diese Kranken unweit ihrer Angehörigen unterbringen zu können. Die Errichtung entfernter, größerer Kolonien aber würde dieser Institution den Charakter der Deportation aufprägen. Mit Rücksicht auf die argen Wirtschaftsverhältnisse sind in unserem Land die Irrenanstalten leider gezwungen, einen Großteil der Armenfürsorge zu versehen. Die hievon zu erfolgende Entlastung des Irrenwesens bildet eine derzeit bei uns kaum durchführbare Aufgabe.

Nun möchte ich auf den zweiten großen Fehler behördlicher Unterbringung zu sprechen kommen, die dem Arzt die Auswahl der Kranken unmöglich macht. Die häufig rückfälligen Alkoholiker, Imbezillen und Morphinisten wirken, soferne sie stets in die gleiche Anstalt zurückkommen, auf die übrigen Kranken in moralischer Hinsicht in der denkbar schlechtesten Weise ein, so daß auch die Heilung der anderen Kranken illusorisch wird. Die Patronage- und Fürsorgeeinrichtungen, die die Kranken massenweise der Obhut unbekannter Leiter überantworten, können dem Zweck niemals so entsprechen, nie so wirksam sein, als bliebe die Fürsorge der die Abteilung verlassenden Kranken dem Abteilungsarzt überlassen, wobei es auch dem Prinzip der freien Ärztewahl mehr entsprechen würde, stünde den unbemittelten Kranken eine der Abteilung angegliederte Ambulanz zur Verfügung.

Ich glaube, daß, wenn die Spitäler von der falschen und allgemein eingebürgerten Gewohnheit, die Mehrauslagen der anderen kostspieligen Abteilungen durch die neuro-psychiatrische Abteilung einbringen zu wollen, endlich ablassen wollten, ferner wenn die Neuropsychiatrie mit den übrigen medizinischen Disziplinen kolaborierend als gleichwertiges Fach bearbeitet wird, werden selbständige Irren- und Nervenheilanstalten nicht mehr notwendig sein. Auf solchen Abteilungen wird sich unsere Arbeit ergebnisreicher gestalten, unser Bemühen Früchte tragen. Die Gesellschaft wird das segensreiche Wirken der Psychiater gern anerkennen, der Kranke seinem Arzt Zuneigung entgegenbringen und es wird zwischen Arzt und Kranken jene Harmonie entstehen, die eine der wichtigsten Vorbedingungen erfolgreicher Psychotherapie darstellt. Die große Zahl der Irrenhäusler wird abnehmen und das materielle Opfer des Staates und der Gesellschaft nicht sein Ziel verfehlen. Die für humane Zwecke bestimmten Steuerpfennige werden in der Tat humanen Zwecken dienen.

2. Referat. Die Errichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern.

A. *Joh. Lange*-Breslau.

Leitsätze: 1. In Deutschland gibt es nur etwa 20 Abteilungen für Nerven- und Geisteskranke an Allgemeinen Krankenhäusern, die noch dazu nur zum kleinen Teil hauptamtlich mit Fachärzten besetzt sind. Nach der Statistik darf aber angenommen werden, daß etwa 10% der Insassen Allgemeiner Krankenhäuser nerven- oder geisteskrank sind. Nach Auszählungen der Aufnahmen einer Reihe von Krankenhäusern beträgt in den medizinischen Abteilungen der Anteil Nerven- und Geisteskranker etwa 20%.

In Großstädten, die hinsichtlich ihrer neurologischen und psychiatrischen Versorgung einigermaßen abgesättigt sind, wie etwa Breslau, ist fast ein Siebentel aller vorhandenen Krankenbetten mit Nerven- und Geisteskranken belegt. Das Beispiel von München zeigt, wie außerordentlich rasch das Bedürfnis nach Raum und nach fachärztlicher Versorgung der Nerven- und Geisteskranken steigt, sobald entsprechende Einrichtungen geschaffen werden.

2. Am Beispiel der Tabes (anamnestische Erhebungen an einer geschlossenen Gruppe von Fällen) und an jenem der traumatischen Hirnschädigungsfolgen (Erhebungen für zwei Jahre bei einer großen Berufsgenossenschaft), also gerade an den verbreitetsten und bekanntesten Leiden, läßt sich unzweideutig zeigen, daß ohne fachärztliche Versorgung Schaden entsteht. Die bisherige ärztliche Versorgung von Geistes- und Nervenkranken in Allgemeinen Krankenhäusern ohne Fachabteilungen ist sachlich unzureichend.

3. Psychiatrische und neurologische Abteilungen gehören eng in den Rahmen des Allgemeinen Krankenhauses hinein. Nicht nur der Nervenarzt braucht bei zahlreichen Fragen andere Spezialisten, auch die anderen Fachgebiete stellen in weitem Umfang psychiatrische und neurologische Fragen, die zum Teil überhaupt noch nicht in Angriff genommen sind. Gerade deshalb ist nicht zu befürchten, daß durch die Errichtung von psychiatrisch-neurologischen Abteilungen die Heil- und Pflegeanstalten an interessantem Material verarmen werden, wenn nur die Krankenhausabteilungen

hinsichtlich der Geisteskranken den Charakter der Klinik, d. h. von Durchgangsstationen, bewahren. Eher ist das Gegenteil dieser Befürchtung zu erwarten.

4. Die Neurologie ist aus der Inneren Medizin hervorgegangen; mit ihren Aufgaben gehört sie aber ebenso eng zur Psychiatrie und auf breiten Gebieten ist eine Abgrenzung spezieller psychiatrischer und spezieller neurologischer Fragen gar nicht möglich. Jedenfalls müssen Psychiater neurologisch, Neurologen psychiatrisch ausgebildet sein. Vor allem erzwingt die gegenwärtige Not der Nerven- und Geisteskranken im Allgemeinen Krankenhaus den Kampf in gemeinsamer Front. Wie die Entwicklung in der Zukunft sich vollziehen wird, ist gegenüber der heute dringendsten Frage nebensächlich. Im gegenwärtigen Zeitpunkt kommt es auch auf die Ausbildung eines genügenden psychiatrisch und neurologisch gleich gut durchgebildeten Nachwuchses entscheidend an.

Es müssen also zunächst psychiatrisch-neurologische Abteilungen angestrebt werden, und zwar erscheinen 50 Betten auf 100000 Einwohner erforderlich. Die Abteilungen sollen nicht kleiner als 60, nicht größer als 120 bis höchstens 150 Betten sein. Nur große Krankenhäuser kommen für die Errichtung solcher Abteilungen in Betracht, die eng in den Rahmen des Gesamtbetriebes eingefügt werden müssen.

Es ist jedoch dringend zu fordern, daß die psychiatrisch-neurologischen Abteilungen im Rahmen des Krankenhauses die volle Selbständigkeit der übrigen Abteilungen haben.

5. Jeder psychiatrisch-neurologischen Krankenhausabteilung muß eine Poliklinik angegliedert sein, welche neben den gewöhnlichen poliklinischen Aufgaben die Beziehungen zu den Heil- und Pflegeanstalten eng zu gestalten, der nachgehenden Fürsorge zu dienen und die gesamten Aufgaben der sozialen Psychiatrie zu organisieren und durchzuführen hat.

6. Nach Möglichkeit sollten den Abteilungen Werkstätten angegliedert werden, welche insbesondere auch eine Beschäftigungs- und Umschulungstherapie der Nervenkranken ermöglichen.

(Das vollständige Referat erschien in der Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Band 100 S. 390ff.)

B. Korreferat von Prof. Dr. *W. Hoffmann*-Berlin.

1. Die Errichtung von weiteren Psychiatrisch-neurologischen Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern ist stark umstritten von den Internisten in städtischen Krankenhäusern, aber auch von den Direktoren der Heil- und Pflegeanstalten. Die ersteren nehmen die Neurologie in ausgedehntem Maße auch für sich in Anspruch, die letzteren befürchten eine Beeinträchtigung des wissenschaftlichen Niveaus ihrer Anstalten, wenn nur chronische Fälle dorthin verlegt würden.
2. Schon *Griesinger* und viele andere im In- und Ausland haben auf die Notwendigkeit solcher Abteilungen — früher Stadtasyle genannt — hingewiesen.
3. Die in Allgemeinen Krankenhäusern bestehenden Psychiatrisch-neurologischen Abteilungen haben sich überall gut bewährt. Deshalb hat auch der Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen bei der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände für das Ge-

sundheitswesen sich diesem Fragenkomplex in den letzten Jahren auf Grund von Referaten von *Hoffmann* und *Simon* mehrfach zugewandt, wie auch der Deutsche Verein für Psychiatrie, der aber bisher auch noch nicht zu einem endgültigen Ergebnis gekommen ist.

4. Eine Rundfrage bei den Psychiatrisch-neurologischen Abteilungen städtischer Krankenhäuser hatte hauptsächlich folgende Ergebnisse:

a) Als Vorbedingung für eine einwandfreie Abwicklung des Betriebs wird gefordert, daß die Leitung in den Händen eines erfahrenen Psychiaters und Neurologen liegt und daß ein durchaus in dieser Art und Pflege geschultes Personal zur Verfügung steht. Ob die Anregung von *Bratz,* die auf eine gelegentliche Personalunion zwischen Irrenanstalt und Krankenhausabteilung hinzielt, sich überall praktisch durchführen läßt, muß bezweifelt werden; gelegentlich mag es der Fall sein.

b) Durch eine solche Station ist es möglich, neben den anfallenden neurologischen Fällen eine gewisse Art psychisch Kranker aufzunehmen, sie in Verbindung mit den ständig zur Verfügung stehenden Fachärzten der anderen Disziplinen im Krankenhaus, in erster Linie mit den Internisten, exaktissime zu beobachten und nach zutreffender Diagnose zu behandeln, so daß ein großer Teil wieder gebessert oder geheilt nach Hause entlassen werden kann und eine Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt nicht mehr erforderlich wird. Auf diese Weise sind Frühentlassungen, besonders in Verbindung mit der offenen Fürsorge, viel leichter möglich. *Wetzel* hat 1931 44% der Kranken geheilt oder gebessert entlassen.

c) Als wesentlich wird der Fortfall der Formalitäten, die zur Einweisung in eine Irrenanstalt gehören, bezeichnet, was für die schnelle Aufnahme, besonders bei akut Erkrankten, von Bedeutung ist. Diese formellen Schwierigkeiten können sonst zu Verzögerungen und Schädigungen der akut Erkrankten durch unrichtige, unsachgemäße Behandlung in den ersten Tagen außerhalb der Anstalt führen. Sollte allerdings — was nicht wahrscheinlich ist — der Erlaß des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 21. 1. 32 über die polizeiliche Unterbringung Geisteskranker in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten auch auf diese Krankenhausabteilungen — evtl. auch Universitätskliniken — ausgedehnt werden, so entfiele dieses wesentliche Moment. Vor allem aber wird dem Kranken selbst und seinen Angehörigen — sit venia verbo — der Makel erspart, als der nun einmal — auch heute noch — der Aufenthalt in einer Irrenanstalt fast allgemein angesehen wird. In die Krankenhäuser dagegen gehen die Kranken ohne Scheu.

d) Bei längerer Dauer psychischer Störungen wird dem Kranken selbst und den Angehörigen der Übergang vom Krankenhaus in die Heil- und Pflegeanstalt erleichtert, da man sich allmählich an den Gedanken der Unterbringung in einer Irrenanstalt gewöhnen kann. Auch die Formalitäten zur Aufnahme lassen sich in Ruhe erledigen, und der Kranke kann nach vorheriger Beruhigung — evtl. mit pharmakologischen Mitteln — dann in die von den Großstädten oder der Mitte der Großstädte nicht selten weiter entfernt liegende Irrenanstalt transportiert werden.

Daß durch eine solche Verlegung und den damit verbundenen Wechsel, auch in der ärztlichen Behandlung, dem Kranken ein Schaden erwachsen könnte, ist ernstlich wohl kaum anzunehmen.

e) Die Errichtung einer Psychiatrisch-neurologischen Abteilung lohnt sich evtl. schon in einer Stadt von mehr als 100000 Einwohnern, auf die man etwa 40 bis 80 Betten rechnen könnte. Unentbehrlich sind sie dort, wo die Heil- und Pflegeanstalten sehr weit entfernt liegen und ungünstige Verbindungen bestehen. Die Abteilungen müssen räumlich beschränkt bleiben, um den Irrenanstalten keine Konkurrenz zu machen.

f) Die Aufenthaltsdauer der psychisch Kranken soll möglichst kurz sein; sie beträgt in Nürnberg 19,4 Tage, in Altona 10 bis 20 Tage, in Frankfurt 20 bis 23 Tage, in Magdeburg 25 bis 30 Tage, in Plauen 35 Tage. Entweder werden sie danach geheilt oder gebessert, meist unter Inanspruchnahme der Fürsorge, entlassen oder vielfach schon nach 8tägiger Beobachtung zur weiteren Behandlung in eine Irrenanstalt verlegt.

g) Bei einer scharfen Kontrolle rechtzeitiger Verlegung geeigneter Fälle in die Heil- und Pflegeanstalten kann von einer »Katastrophe« für diese Anstalten — wie es heißt — nicht die Rede sein, weder für das Niveau der Anstalten noch für ihre Ärzteschaft.

h) Die baulichen Einrichtungen können — auch im Sinne *Griesingers* — einfach sein, müssen aber den besonderen Anforderungen, die man für diese Art von Kranken auch im Interesse ihrer eigenen Sicherheit stellen muß, entsprechen. Unruhige oder sonstwie asoziale Kranke müssen von den gemeinsamen Räumen ferngehalten werden. Gute Dauerüberwachung ist notwendig. In Essen z. B. ist die Einrichtung der *Baumann*schen Abteilung beinahe primitiv zu nennen. Dabei wird bei einer starken Fluktuation Erstaunliches geleistet. Bei der Unterbelegung der Krankenhäuser, wie sie schon seit einiger Zeit besteht und wohl auch noch länger anhalten wird, werden sich geeignete Räumlichkeiten, alleinstehende Pavillons oder Häuser, unschwer für diesen Zweck — jedenfalls ohne nennenswerte bauliche Veränderungen in vielen Städten — also ohne besonders hohe Kosten — durchführen lassen. Daß dies möglich ist, beweisen mehrere Abteilungen, auch die *von Rad*sche Klinik in Nürnberg oder die Abteilung in Plauen u. a. Dauerbäder dürfen nicht fehlen. Vorrichtungen für Arbeitstherapie sind nur in beschränktem Maße vorhanden.

i) Es ist selbstverständlich, daß das entsprechend vorgebildete Pflegepersonal auf den Psychiatrisch-neurologischen Krankenhausabteilungen — besonders auf den psychiatrischen — zahlreicher sein muß im Verhältnis zu den Kranken als auf den anderen Krankenhausabteilungen. Hier beträgt die Richtzahl bei nicht konfessionellen, den sogenannten freien Schwesternschaften, durchschnittlich 4 Kranke auf eine Pflegeperson. Auf den Psychiatrisch-neurologischen Spezialstationen kommen auf eine Pflegeperson in Erfurt und Dresden 2 Kranke, in Köln desgl., in Chemnitz 2,8, in Altona 3, in Plauen 3,9, in Frankfurt 5 und in Nürnberg 5,4 Kranke. In Nürnberg und

Stuttgart sind neben geschultem Personal auch Diakonissen auf der Psychiatrisch-neurologischen Station tätig.

k) Die Kur- und Verpflegungskosten und Selbstkosten auf diesen Krankenhausabteilungen sind selbstverständlich höher als die für Heil- und Pflegeanstalten; innerhalb der Krankenhäuser selbst besteht aber kein nennenswerter Unterschied, da sich die Mehrkosten für das Personal durch geringere Kosten auf anderen Gebieten der Krankenbehandlung zum größeren Teil wieder ausgleichen.

Fasse ich meine Ausführungen zusammen, so wird man nach meiner persönlichen Auffassung — auch unter Berücksichtigung inländischer und ausländischer Literatur — trotz der wirtschaftlichen Belastungen, die heute auf den Krankenhausverwaltungen ruhen, das Bestehenlassen der Psychiatrisch-neurologischen Abteilungen unter fachärztlicher Leitung fordern müssen, auch die Einrichtungen weiterer derartiger Stationen nicht ablehnen können:

1. im Interesse der Kranken selbst: frühzeitige Diagnose, bei der großen Zahl von Grenzfällen mit allen Hilfsmitteln der Krankenhäuser entsprechende Therapie, nach Möglichkeit Frühentlassung und damit Abkürzung der Behandlungsdauer, einfache Aufnahmebedingungen, Fortfall des Stigmas eines Aufenthalts in einer Irrenanstalt,
2. da diese Abteilungen mit verhältnismäßig geringen Mitteln in einfacher Weise in z. Zt. freistehenden Krankenhauspavillons oder Einzelhäusern auf dem Krankenhausgelände in Großstädten eingerichtet und dadurch Neubauten von Irrenanstalten vermieden werden können.

5. Ich habe meine persönlichen Auffassungen über das Thema »Einrichtung von Psychiatrisch-neurologischen Abteilungen im Krankenhaus« im Auftrag des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen bei der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände für das Gesundheitswesen vorgetragen.

Ehe jedoch der Gutachterausschuß sich entschließt, entsprechende Richtlinien oder Leitsätze für die ihm angeschlossenen Mitgliedstädte usw. aufzustellen und bekanntzugeben, wird er die weiteren Verhandlungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie verfolgen, die Ergebnisse und Schlüsse weitgehend in Berücksichtigung ziehen und demnach sein weiteres, für die ganze Frage schließlich ausschlaggebendes Verhalten, einrichten.

(Das vollständige Referat wird demnächst in der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen [Verlag J. Springer, Berlin] erscheinen).

Stiefler-Linz a. d. D.: Über die Errichtung und Eingliederung psychiatrisch-neurologischer und neurologischer Abteilungen an allgemeine Krankenhäuser.

Vortr. bespricht zunächst die Versorgung der Geistes- und Nervenkranken in den bestehenden drei psychiatrisch-neurologischen Universitätskliniken und in mehreren Krankenhäusern in Österreich, im besonderen in der Stadt Linz, die als provinziale Hauptstadt mit 120000 Einwohnern über eine eigene psychiatrisch-neurologische Abteilung im Allgemeinen

Krankenhaus und über zwei neurologische Abteilungen in den Spitälern der Barmherzigen Brüder und der Barmherzigen Schwestern verfügt. Die nur konsiliare psychiatrisch-neurologische Tätigkeit in einem Allgemeinen Krankenhaus ist eine ungenügende, da sie der für die Diagnose und Therapie nötigen fortlaufenden Beobachtung des Kranken entbehrt. Auch die ambulante bzw. poliklinische Versorgung der Nerven- und Geisteskranken, die in prophylaktischer, diagnostischer und auch therapeutischer Hinsicht wertvolle Arbeit leistet, erreicht ihren vollen Zweck erst dann, wenn sie in engster Verbindung mit einer neurologisch-psychiatrischen Krankenhausabteilung steht, die eine entsprechend lange Beobachtung und manche nur im Spital durchzuführende Behandlung ermöglicht. Die Aufnahme in die zuständige Irrenanstalt begegnet heute wie früher in nicht wenigen Fällen gewissen Schwierigkeiten und Einschränkungen. Die psychiatrisch-neurologische Abteilung im Krankenhaus dient zunächst der sofortigen fachgemäßen Unterbringung von Geisteskranken, insbesondere des Stadtgebietes und seiner Umgebung; sie siebt sozusagen das in die Anstalt gehörige Material. Aufnahme und Anhaltung in einer Irrenanstalt bedeutet für den Kranken bei den heute noch bestehenden Vorurteilen in Laienkreisen häufig eine schwere Schädigung, weshalb Kranke und deren Angehörige sich viel leichter zur Aufnahme in eine Krankenhausabteilung entschließen werden. Eine möglichst frühzeitige sachgemäße Behandlung ist aber bei so mancher Geistesstörung das Um und Auf des Behandlungserfolges. Das Krankenmaterial einer psychiatrisch-neurologischen Abteilung bilden vor allem die leichten Formen der Geistesstörungen, insbesondere Thymopathien, psychopathische Reaktionen, leichtere Formen der Schizophrenie, epileptische Dämmerzustände, akute Alkoholpsychosen und nicht zuletzt die noch heilbare progressive Paralyse. Chronische Geistesstörungen sowie auch akute, die längere Zeit zu ihrer Wiederherstellung bedürfen, sind der zuständigen Irrenanstalt zu übergeben. Ein verständnisvolles Zusammenarbeiten der Krankenhausabteilung mit der örtlich zuständigen Irrenanstalt ist sehr im Interesse des Kranken gelegen. Für die enge Vereinigung der Psychiatrie und Neurologie spricht, daß beide Fächer in den psycho- und neuropathischen Konstitutionen und Reaktionen ein ungemein breites Grenzgebiet haben und daß sich psycho- wie neuropathische Symptome bei ein- und demselben Kranken häufig finden. Unter den Nervenkranken überwiegen im allgemeinen die organischen Nervenfälle; es soll aber das gerade in der Praxis so große funktionell-nervöse bzw. psychogene Gebiet nicht außer Acht gelassen werden. Eine möglichst frühzeitige sachgemäße Beobachtung und Behandlung von nervösen Folgezuständen nach Unfällen in einer psychiatrisch-neurologischen Krankenhausabteilung erweist sich in vielen Fällen als nötig und sehr vorteilhaft. Die Eingliederung der Abteilung ins allgemeine Krankenhaus gestattet einerseits die möglichst vollkommene Untersuchung der eigenen Fälle durch die einzelnen Fachdisziplinen, andrerseits stellt sie sich selbst in den Dienst derselben. Gerade hier zeigt sich wieder die enge Verbundenheit der Neurologie mit der internen Medizin, deren Mitarbeit an der psychiatrisch-neurologischen Abteilung so gut wie täglich in Anspruch genommen wird (Stoffwechseluntersuchungen, endokrine Pathologie, biologische Reaktionen usw.). In neuro-chirurgischer Hinsicht ist die zeitliche und räumliche gemeinsame Arbeit des

Chirurgen und Neurologen die Grundlage des Erfolges. Die psychiatrisch-neurologische Abteilung verfügt über eine offene und eine gesperrte Abteilung; wieweit man mit den verschiedenen Sperrmaßnahmen geht, hängt wohl in erster Linie von den baulichen Verhältnissen ab. Was die Größe der psychiatrisch-neurologischen Abteilung im Krankenhaus anlangt, so dürfte die Zahl von 60 Betten die unterste Grenze für 100000 Einwohner darstellen; die Erfahrungen an der eigenen Abteilung sprechen eher für ein Hinaufrücken dieser Grenze auf 70—80. Die psychiatrisch-neurologische Abteilung erfüllt eine ethisch-soziale Aufgabe insofern, als sie den Armen und Minderbemittelten, wenn sie geistes- und nervenkrank sind, mehr minder die gleichen Möglichkeiten der Unterbringung und Behandlung schafft wie für die Bemittelten, denen Privatanstalten zur Verfügung stehen; sie ist aber auch berufen, an den mannigfaltigen Aufgaben der psychiatrischen Außenfürsorge im Einvernehmen mit den zuständigen Behörden mitzuwirken. Die Errichtung rein neurologischer Abteilungen ist gleichfalls anzustreben, wobei die Leitung psychiatrisch geschulten Neurologen zu überantworten ist; die Absonderung des neurologischen Materials ist insofern leichter durchzuführen, als besondere bauliche Verhältnisse nicht erforderlich sind. Der rege Zuspruch, den die psychiatrisch-neurologische Abteilung im allgemeinen Krankenhaus und die genannten neurologischen Abteilungen aufweisen, gibt das beste Zeugnis ab für die Notwendigkeit ihrer Errichtung. (Der Vortrag ist in der Allg. Z. f. Psychiatr. Band 100 S. 406ff. erschienen.)

Jürg Zutt-Berlin: Statistisches zur Frage der psychiatrisch-neurologischen Abteilungen.

Der Vortrag behandelt ein Teilgebiet des ganzen Fragenkomplexes der Einrichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern. Die Tatsache, daß psychiatrisch-neurologische Abteilungen in den meisten allgemeinen Krankenhäusern nicht vorhanden sind, erklärt sich aus der historischen Entwicklung. Wäre diese durch die historische Entwicklung geschaffene Sachlage heute noch berechtigt, dann müßte dort, wo psychiatrisch-neurologische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern vorhanden sind, ein geringerer Austausch und eine geringere gegenseitige Inanspruchnahme zwischen der psychiatrisch-neurologischen Klinik und den anderen Spezialkliniken stattfinden, als zwischen diesen anderen untereinander. Eine Umfrage bei den anderen Kliniken der Charité hat ergeben: Für alle Kliniken mit Ausnahme der Kinderklinik ist die Medizinische Klinik die wichtigste; mit ihr besteht der regste gegenseitige Austausch. Für vier Kliniken, die Chirurgische Klinik, die Augenklinik, die Hals-, Nasen- und Ohrenklinik und die Hautklinik ist die Psychiatrische und Nervenklinik diejenige, mit der nach der Medizinischen Klinik der lebhafteste Austausch stattfindet. Die Frauenklinik hat lebhafteren Austausch nur mit der Medizinischen Klinik, die Kinderklinik nur geringen Austausch mit der Chirurgischen Klinik, Hals-, Nasen- und Ohrenklinik und Hautklinik. Aus dieser Umfrage ergibt sich, daß hinsichtlich des Konnexes mit den anderen Kliniken die Frauenklinik und die Kinderklinik eher aus dem räumlichen Zusammenschluß eines allgemeinen Krankenhauses herausbleiben können als die Psychiatrische und Nervenklinik. Die Erfassung der gegenseitigen Beziehungen zwischen den einzelnen Kliniken

stößt auf Schwierigkeiten wegen der zahlreichen nicht erfaßbaren gegenseitigen Beziehungen, die sich aus dem räumlichen Zusammenschluß ergeben: private Fühlungnahme, gemeinsame Mahlzeiten usw. Zahlenmäßig zu erfassen sind die Verlegungen, die Konsultationen und der Verkehr der Polikliniken. Im Jahre 1932 sind nach der Psychiatrischen und Nervenklinik von anderen Kliniken der Charité 74 Kranke verlegt worden: aus der Medizinischen Klinik 39, aus der Chirurgischen Klinik 12, aus der Ohrenklinik 11, aus der Augenklinik, Hautklinik, Frauenklinik und Kinderklinik zusammen 12. Im gleichen Jahre wurden von uns in andere Kliniken der Charité verlegt 109 Kranke, davon in die Medizinische Klinik 65, in die Chirurgische Klinik 33, in die Ohrenklinik, Hautklinik und Frauenklinik zusammen 8. (Derartige Zahlen erscheinen immer gering, ein Vergleich ist daher angezeigt: die Beziehungen zwischen der Medizinischen Klinik und der Chirurgischen Klinik sind in ihrer Wichtigkeit wohl unter allen am einleuchtendsten. Von der II. Medizinischen Klinik [200 Betten, 2380 Zugänge] wurden in einem Jahre 115 Kranke zur Chirurgischen Klinik verlegt, in derselben Zeit von unserer Klinik [247 Betten, 2123 Zugänge] 33). In einem Vierteljahr wurden wir nach anderen Kliniken der Charité 128mal zu Konsultationen gerufen: 62mal zur Medizinischen Klinik, 27mal zur Chirurgischen Klinik, 21mal zur Ohrenklinik, 18mal zu den Kliniken für Augen-, Haut- und Kinderkrankheiten. Es waren 45mal rein psychiatrische Fragestellungen, 70mal zentral-neurologische und 13mal peripherneurologische, die die Konsultation notwendig machten. In der Poliklinik waren unter 4867 Zugängen des Jahres 1932 1470 aus anderen Kliniken und Polikliniken, das ist $^1/_3$ aller Fälle. Aus der Medizinischen Klinik 506, aus der Chirurgischen Klinik 353, aus der Ohrenklinik 218, aus der Augenklinik 167, aus der Hautklinik 99, aus der Frauenklinik 88, aus der Kinderklinik 16. Es waren 240 rein psychiatrische, 265 peripher-neurologische und 920 zentral-neurologische Fragestellungen, die zu der Überweisung führten. Aus den Zahlen ist zu ersehen: Diejenige Klinik, von der wir am meisten beansprucht werden, ist die Medizinische Klinik, danach folgt die Chirurgische Klinik und die Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, weiter die Augenklinik und die Hautklinik, während Frauenklinik und Kinderklinik eine relativ geringe Rolle spielen. Mit aller Deutlichkeit tritt das wichtigste Resultat hervor, daß die Medizinische Klinik, wenn eine Psychiatrisch-neurologische Abteilung vorhanden ist, diese besonders oft in Anspruch nimmt.

Aussprache zu den Referaten *Lange* und *Hoffmann* und zu den Vorträgen *Stiefler* und *Zutt:*

a) *Faltlhauser*-Kaufbeuren: In der Konferenz deutscher Anstaltsdirektoren am 19. April 1933 haben die anwesenden Leiter der deutschen öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten einschließlich der städt. Anstalten und Abteilungen zu der Frage der Errichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern einstimmig folgende Auffassung vertreten:

1. Die engste Verbindung von Psychiatrie und Neurologie ist sowohl im wissenschaftlichen als auch im praktischen Interesse ein unbedingtes Erfordernis.

2. Ein Bedürfnis für die Errichtung besonderer psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern unter fachärztlicher Leitung wird anerkannt für Großstädte, in deren unmittelbarer Nähe keine

öffentlichen Anstalten vorhanden sind, die für Übernahme der in Frage stehenden Aufgaben geeignet sind.

3. Solche Abteilungen in kleineren Verhältnissen zu errichten, wäre nicht nur finanziell und wirtschaftlich untragbar, sondern auch ein schwerer sachlicher Nachteil für die Behandlung der Psychosen.

4. Die Beschaffung des nötigen mannigfachen abgestuften therapeutischen Apparates für Psychosen, besonders hinsichtlich der Beschäftigungsbehandlung, ist auch an großstädtischen psychiatrisch-neurologischen Abteilungen nicht möglich, oder nur sehr schwer durchzuführen. Deshalb muß gefordert werden, daß diese Fälle sobald als möglich in die zuständigen Heil- und Pflegeanstalten überführt werden. Überhaupt ist engste Zusammenarbeit zwischen großstädtischen Abteilungen und Heil- und Pflegeanstalten anzustreben.

5. Es liegt im dringenden Interesse der Heil- und Pflegeanstalten, daß ihnen laufend Fälle aller Krankheitsformen und Krankheitsstadien zur Behandlung zuströmen.

6. Die Heil- und Pflegeanstalten haben sich nötigenfalls den psychiatrisch-neurologischen Anforderungen in jeder Hinsicht anzupassen.

b) *Ast*-Eglfing-Haar: Der Vorsitzende der preußischen Anstaltsdezernenten, Herr Landesrat *von Hugo*, teilt mir mit, daß infolge der derzeitigen Verhältnisse bei der Provinzialverwaltung sowohl der als Diskussionsredner von ihr angemeldete Landesmedizinalrat Herr *Wiehl*, wie auch er selbst unabkömmlich seien und bittet mich, den Standpunkt der preußischen Provinzen hier zum Ausdruck zu bringen, da ich als Vertreter der bayerischen Kreise an der Dezernententagung im Januar und an der dort stattgehabten Erörterung der schwebenden Frage teilgenommen habe. So komme ich als Bayer zu der Ehre der Vertretung der preußischen Provinzen, was zu erklären ich aus naheliegenden Gründen nicht versäumen will.

Der Standpunkt der preußischen Provinzen deckt sich vollkommen mit den eben von Herrn *Faltlhauser* vorgetragen Leitsätzen, die das Ergebnis einer vertrauensvollen Aussprache zwischen den Anstalts- und Stadtasyl-Direktoren in der vorgestrigen Direktorenkonferenz sind. Angesichts dieser Einigung, die einer Vermeidung unnützer Kontroversen dienen sollte, möchte ich davon abstehen, sie näher zu begründen und mich auf ein paar ganz allgemeine Bemerkungen vom Standpunkt der Heil- und Pflegeanstalten aus beschränken.

Herr *Lange* hat die zukünftige Zusammenarbeit zwischen den Stadtasylen und Anstalten in den rosigsten Farben gemalt. Die Wege in die Zukunft pflegen jedoch mit Opfern bezeichnet zu sein, die am Rande liegen bleiben. Daß die Gefahr besteht, daß die Heil- und Pflegeanstalten ein solches sein werden, darüber kann kein Zweifel bestehen. Denn die geplanten Stadtasyle berühren die Anstalten an ihrem Lebensnerv, den unmittelbaren direkten Aufnahmen von frischen, prognostisch noch günstigen Fällen, welche durch die Vorlagerung von Stadtasylen, wenn nicht ganz wegfallen, so doch jedenfalls stark eingeschränkt werden würden. Was dies für die Anstalten bedeutet, kann wohl von der Seite der Befürworter der Stadtasyle nicht so recht beurteilt werden; um so besser wissen es die Anstalten auf Grund ihrer Erfahrungen. Um es kurz zu sagen: Die diagnostischen und therapeutischen Betätigungsmöglichkeiten werden noch mehr

verringert werden. Die Vorsiebung des Krankenzugangs führt dazu, daß die chronischen und unheilbaren Fälle prozentual immer mehr zunehmen und die Anstalten mehr und mehr den Charakter einer Pflegeanstalt annehmen, während Heilatmosphäre, Möglichkeiten zur Arbeits- und Milieutherapie immer mehr schwinden müssen. Das Odium, das auf den Heil- und Pflegeanstalten lastet, wird trotz allen guten Willens, mit dem in den Vorstationen über das Wesen der Anstalten aufgeklärt wird, noch größer werden. Denn das Publikum, das einen guten Instinkt für solche Dinge hat, wird dann mit mehr Recht wie heute über die Anstalt sagen können: Da kommt man wohl hinein, aber nicht mehr heraus.

Herr *Lange* hat auf die günstige Entwicklung der Beziehungen zwischen den Kliniken in München und den oberbayerischen Anstalten hingewiesen, und zwar mit Recht. Aber es erscheint mir etwas kühn, Institute, wie Münchner Klinik und Forschungsinstitut, und die hier vorhandenen ganz besonderen Verhältnisse mit den künftigen psychiatrischen Abteilungen an kleineren Plätzen in Vergleich zu setzen. Die Anstalten in der Nähe der Großstadt haben eben einen Ausgleich, der sie für den etwaigen Ausfall an frischem Material mehr als reichlich entschädigt. Die Provinzanstalten aber, für die ich heute eine Lanze einzulegen habe, würden von der geschilderten Auswirkung in vollem Maße getroffen werden. Hier ist doch zu fragen, ob eine solche Entwicklung wirklich nötig ist, ob nicht besser die regionären Heil- und Pflegeanstalten selber, die mit Fachärzten und der nötigen Apparatur bereits versehen sind, zur Angliederung von psychiatrisch-neurologischen Aufnahmestationen benutzt werden oder irgendwie sonst in dieser Richtung ausgebaut werden könnten, was vielerorts zweckmäßig, einfach und billig zu machen wäre.

Jedenfalls müssen die Heil- und Pflegeanstalten von Anfang an, nicht erst, wenn schon vollendete Tatsachen geschaffen sind, bei der Lösung der ganzen, recht schwierig gelagerten Frage mitherangezogen und berücksichtigt werden, nicht, wie betont sei, in ihrem Interesse, sondern im Interesse der Versorgung der Kranken, die, nach unserer Überzeugung wenigstens, durch eine Verkümmerung der Anstalten, schweren Schaden nehmen würde.

c) *Grafe*-Würzburg bringt auftragsgemäß folgende Resolution der 45. Tagung der deutschen Gesellschaft für innere Medizin im April 1933 zur Verlesung:

»Die Gesellschaft bittet den Vorstand, den neuerlichen Bestrebungen deutscher Psychiater Aufmerksamkeit zu schenken, wonach die Neurologie auf der Universität fachmäßig grundsätzlich im Rahmen der psychiatrisch-neurologischen Klinik zu lehren sei, und wonach ferner allgemein neuropsychiatrische Abteilungen und Abteilungsleiter an Krankenanstalten anzustreben seien. Aus geschichtlichen, sachlich-wissenschaftlichen und pädagogischen Gründen ist eine solche einseitige Lösung wie bisher, so auch künftig abzulehnen. Vielmehr soll auch fernerhin eine mindestens paritätische Behandlung der Neurologie in Forschung, Lehre und Ausübung erhalten bleiben. Unter gegenseitiger und kollegialer Würdigung örtlicher Verhältnisse und persönlicher Qualität sollen innere Medizin und Psychiatrie Anspruch auf die Neurologie haben. In viel höherem Maße als bisher sollen aber wie auf den psychiatrischen so auch auf den inneren Kliniken und Krankenhäusern besondere neurologische Abteilungen abgegrenzt werden.

Die Gesellschaft bittet den Vorstand und die einzelnen Mitglieder, daß sie im Sinne dieser Regelung sowohl bei den maßgebenden Behörden wie bei der Vertretung der Ärzteschaft, aber auch bei den Vertretern der Psychiatrie im Geiste kollegialer Zusammenarbeit wirken mögen. Auch künftig soll der Facharzt für innere und Nervenleiden der deutschen Medizin erhalten bleiben.«

Eines Kommentars bedarf es wohl kaum noch, da über die Frage der Stellung der Neurologie in Klinik und Unterricht ja genug geschrieben und noch mehr geredet worden ist. Zuletzt hat sich dazu noch vor einer Woche in seiner humorvollen Art *Friedrich Schultze*-Bonn geäußert. Die Neurologie befindet sich in einer ähnlich traurigen Lage wie ein Kind, das zweifellos zeitweise von seinen Eltern vernachlässigt wurde und nun in fremdem, wenn auch geschwisterlichen Hause Aufnahme finden und womöglich adoptiert werden soll. Auf eigenen Beinen läßt man es nur an ganz wenigen Stellen stehen. Das Gebiet der Neurologie ist so groß, daß es weder vom Internisten noch vom Psychiater voll mitversorgt werden kann, es sei denn, daß gerade auf diesem Gebiete seine besonderen Interessen liegen. Darum sind eigene neurologische Lehrstühle dringend erforderlich. Diesem Bedürfnis kann unter den heutigen Umständen natürlich immer nur an wenigen Plätzen, besonders in großen Städten Genüge, geschehen. Im übrigen aber kommt m. E. nur das Prinzip der Parität in Betracht. Für die Universitäten scheint mir hier überhaupt kein Problem mehr vorzuliegen, da medizinische Klinik und psychiatrische Klinik sich beide in gleicher Weise mit Neurologie zu befassen haben.

Hier in Würzburg ist die Anordnung so getroffen, daß damals, als der Direktor der psychiatrischen Klinik die Bitte aussprach, in Zukunft seine Klinik psychiatrische und Nervenklinik zu nennen, mein Vorgänger *Morawitz* sich das Recht ausbedang, die Mediz. Klinik »Mediz. und Nervenklinik« zu nennen, wie sie gegenwärtig auch heißt. Selbstverständlich ist das nur berechtigt, wenn in der Mediz. Klinik eine Nervenabteilung mit einem auf neurologischem Gebiete besonders erfahrenen und gründlich ausgebildeten Stationsarzt versorgt wird. Diese Lösung hat niemals zu irgendwelchen Konflikten Veranlassung gegeben und die Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Klinik vollzieht sich stets in einer für beide Teile fruchtbaren Weise. Wir sind hier in Würzburg in der glücklichen Lage, für neurochirurgische Fälle eine besonders gute Versorgung zu haben, da Herr Dr. *Tönnis* von der chirurgischen Klinik längere Zeit bei *Olivecrona*, dem bekannten Stockholmer Schüler von *Cushing*, ausgebildet ist.

Während demnach für die Universitäten m. E. keine Schwierigkeiten bestehen, ist die Frage bei größeren Krankenhäusern natürlich sehr viel komplizierter. Hier ist m. E. überhaupt eine generelle Lösung nicht möglich, sondern die Regelung muß individuell getroffen werden, je nach den lokalen Verhältnissen und vor allen Dingen den in Betracht kommenden Persönlichkeiten.

Ich bitte, die verlesene Erklärung zu den Akten zu nehmen und in den Verhandlungen der Gesellschaft zum Abdruck bringen zu wollen.

d) *Bonhoeffer*-Berlin gibt unter Beziehung auf einen Schriftwechsel mit Herrn *v. Weizsäcker* die Erklärung ab, daß es ihm fernliege, inneren Klinikern generell die Fähigkeit abzusprechen, eine neurologische Abteilung zu leiten. Die Befähigung zur Leitung einer neurologischen Abteilung ist

eine Personenfrage. Die Praxis hat ja längst gezeigt, daß auch Kliniker, die von der internen Ausbildung kommen, gute Neurologen werden. Herr *Bonhoeffer* ist allerdings der Meinung, daß das Fehlen einer auch psychiatrischen Schulung für den Neurologen unter allen Umständen einen Mangel bedeutet. Was die klinisch-neurologische Zusammenarbeit an den Universitäten mit den inneren Klinikern anlangt, so hat Herr *B.* dabei niemals Schwierigkeiten gehabt, obwohl er gerade mit neurologisch besonders interessierten inneren Klinikern zusammen war (*Lichtheim, Erb, Strümpell, Goldscheider* u. a.). Wie sehr wir diese Zusammenarbeit mit der inneren Klinik pflegen, ergibt sich aus dem Referat des Herrn *Roggenbau* und aus den statistischen Daten des Herrn *Zutt*.

e) *Bumke*-München schließt sich den Äußerungen von *H. Bonhoeffer* an. Kein Psychiater will alle neurologischen Kranken für sich in Anspruch nehmen; jeder von uns weiß, daß viele neurologische Fälle vom Internisten allein oder doch auch ebensogut vom Internisten behandelt werden können. Beide Kliniken werden sich in die Neurologie teilen können und müssen — in welchem Verhältnis, ist Sache der persönlichen Neigung und Eignung. Immer aber wird eine sehr innige Zusammenarbeit beider Kliniken erforderlich sein.

Auch für die Anstalten besteht m. E. keine Gefahr. Psychiatrisch-neurologische Abteilungen an Krankenhäusern werden im wesentlichen dort die Kranken erfassen, die jetzt auf anderen Abteilungen derselben Krankenhäuser untergebracht sind.

f) *Jacobi*-Magdeburg tritt nachhaltig für die Einrichtung von Psychiatrisch-Neurologischen Kliniken an den größeren Krankenanstalten ein. Er stützt sich dabei auf eigene Erfahrungen, die gewonnen sind an der Magdeburger Nervenklinik, die von seinem Vorgänger, *Pette,* Hamburg, eingerichtet und von ihm weiter ausgebaut worden ist. Er betont, daß eine gedeihliche Entwicklung einer derartigen Einrichtung nur dann gegeben ist, wenn die Neurologie dort genügend gepflegt wird. Er legt Wert darauf, daß die psychiatrischen Fälle möglichst bald der zuständigen Heilanstalt zugeführt werden. Bei einer derartigen Einstellung haben sich, wie die Erfahrung gelehrt hat, nie Schwierigkeiten mit den zuständigen Heilanstalten ergeben. Über die Frage, ob die neurologischen Fälle auf die Innere- oder auf die Nerven-Klinik gehören, entscheidet die Leistung. Über die diagnostischen Fähigkeiten der betreffenden Klinik ergibt sich auf Grund der Operations- und Obduktions-Befunde ein klares Bild.

Daß Psychiatrie und Neurologie organisch zusammengehören, ist für ihn zweifelsfrei. In Magdeburg hat sich die Klinik, die in schwerer Zeit entstanden und in weiterer Notzeit ausgebaut worden ist, nicht nur auf das Beste bewährt, sondern als notwendig erwiesen.

Man sollte daher über den ganzen Fragenkomplex nicht so viel theorietisieren, sondern die Entschlüsse für die Zukunft von bereits gewonnenen Erfahrungen abhängig machen.

g) *Sommer*-Gießen weist auf die Pläne von Stadtasylen hin, die Prof. *Danneman* († 1932) als Oberarzt der Nervenklinik Gießen zusammen mit ihm in den Jahren 1896—1900 entworfen und in seinem Buch über die psychiatrischen Stadtasyle (Verlag von C. Marhold 1901) beschrieben hat. Es handelt sich um Bauten für mindestens 10, höchstens 100 psychisch Kranke, wobei die kleineren an eine innere Abteilung angegliedert, die grö-

ßeren von ca. 50 Kranken an unter Leitung eines psychiatrischen Oberarztes stehen sollen. Die genannten Pläne, von denen *Sommer* ein Beispiel demonstriert, waren mit denen der öffentlichen Ruhehallen in der Weltausstellung in St. Louis ausgestellt, später in der Ausstellung für soziale Hygiene in Rom. Es handelt sich dabei um die Ausführung des *Griesinger*schen Programms. Jetzt nach 30 Jahren sind diese Ideen wieder aktiv geworden!

h) *Kleist*-Frankfurt: Die von Herrn *Lange* errechneten Zahlen für Nerven- und psychisch Kranke stimmen genau mit den von mir in Frankfurt gefundenen überein. Wir rechneten nach unsern Erfahrungen mit einem Bedarf von 250 Betten bei ungefähr 500000 Einwohnern. Beim Neubau unserer im Herbst 1930 bezogenen Klinik verlangte und erhielt ich darauf auch 250 klinische Betten. Eine so hohe Zahl erschien mir notwendig, um die Kranken ausreichend lange in der Klinik behalten zu können. Dies ist nicht nur zur Durchführung bestimmter Behandlungen, sondern auch zur diagnostischen Klärung der auf psychiatrischem Gebiete noch so zahlreichen ungewöhnlichen Fälle erforderlich. Ich habe diese Gesichtspunkte näher ausgeführt in dem auch von Herrn Prof. *Hoffmann* erwähnten Aufsatz: Ärztliche Gedanken zum Neubau der städt. und Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkranke, Frankfurt a. M. (Allg. Zschr. f. Psych. 98, H. 5 bis 8, 1932).

Die Kliniken und Abteilungen für Nerven- und psychisch Kranke dürfen m. E. auch auf die in den Heilanstalten mit so großem Erfolge durchgeführte Beschäftigungsbehandlung nicht verzichten. Man muß nicht nur in Werkstätten, Feld und Garten, sondern auch auf den Krankenabteilungen mit leichten Handarbeiten Beschäftigungsbehandlung treiben. Die Erfolge — besonders im Sinne der Beruhigung der Kranken — sind überraschend und haben uns gestattet, die Dauerbäder, vornehmlich auf der unruhigen Männerabteilung, ganz bedeutend einzuschränken.

In Universitätsstädten und in größeren Städten, die über ein allgemeines Krankenhaus verfügen, sind die psychiatrisch-neurologischen Abteilungen natürlich an die vorhandenen Krankenhausbauten anzugliedern. In Gegenden jedoch, in denen es an einem geeigneten Krankenhause mangelt, könnte sehr wohl auch eine Abteilung für Nervenkranke und für psychiatrische Grenzfälle, verbunden mit einer Poliklinik, an eine Landesheilanstalt angeschlossen werden, sofern die Ärzte einer solchen Anstalt sich für diese erweiterte Aufgabe interessieren und die nötige nervenärztliche Ausbildung besitzen oder sich zu dem Zwecke erwerben.

i) *Baumann*-Essen: Der von Professor *Hoffmann* in seinem Referat befürchtete Meinungskampf zwischen Anstaltsdirektoren und Asylleitern ist nicht ausgebrochen; sowohl die Herren Direktoren als die Herren Asylleiter haben, wie soeben Herr *Faltlhauser* vorgetragen, einen für beide Teile ehrenvollen Frieden geschlossen. Ich halte es für notwendig, daß diese gemeinsamen Leitsätze von allen eingehend studiert werden, die an der ganzen Frage Interesse haben.

Noch wenige Worte über verschiedene Punkte: Die Asyle sind besonders deswegen notwendig, weil die vorübergehende Unterbringung Geisteskranker in allgemeinen Krankenhäusern unmöglich und schlecht ist. Die Kranken sollen in den Asylen nur wenige Tage bis etwa längstens 8—10 Wochen bleiben. Die Errichtung von Asylen ist auch deswegen notwendig,

um dem jungen psychiatrischen Nachwuchs Gelegenheit zu geben, schneller als dies in den Anstalten möglich ist, in leitende Stellungen zu kommen. Im übrigen verweise ich auf meine kurze Arbeit in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift 32. Jahrgang Nr. 9, 1930.

k) *Segerath*-Essen: Vor allem zwei Gründe für Stadtasyle, besonders was die psychiatrische Seite anbelangt:

1. Schnellaufnahmen (Nachtaufnahmen) ohne Notwendigkeit besonderer Formalitäten, sachgemäßige Unterbringung und Verarztung, evtl. mit anderen Disziplinen.

2. Kurzbehandlungen bei geringe Zeit dauernden Geistesstörungen, um vielen Kranken das Odium eines Irrenhausaufenthaltes zu ersparen.

Statistik dazu aus der geschlossenen Nerven- und psychiatrischen Station des Philippus-Stiftes Essen (enthält 60 Betten, während das Krankenhaus der katholischen Gemeinde 300 Betten hat). Durchgang 1932 rund 500 (starkes Anwachsen von Jahr zu Jahr). Davon überführt in Heilanstalt 146. Nachtaufnahmen (unter den Schnellaufnahmen bei akut ausbrechenden Störungen) 167(!). Kurzbehandlungen (mit Entlassungen nach Haus): bis 3 Tage 24, bis 3 Wochen 91. Durchschnittszahl der Pflegetage 49.

Keine großen Kosten für Einrichtung unsers Stadtasyls: in schallsicherem Flur, Gitter der Fenster, Drücker der Türen, Einrichtung eines Dauerbades.

Personal: 1 leitender Arzt, 1 Assistent-Arzt, 1 Volontär, 4 Schwestern, 2 Krankenwärter, 1 (wechselnde) Nachtwache. (Prosperierendste Abteilung des Krankenhauses.)

Offene Fürsorge mag für Universitätsklinik richtig sein, nicht für unsere Abteilung (dagegen wenden sich freipraktizierende Nervenärzte!), besser durch psychiatrisch gebildete Stadtärzte.

Beschäftigungstherapie in größerem Stil nicht möglich. Geld und Platz, besonders aber Kürze der Behandlungszeit sprechen dagegen. Stadtasyl soll nämlich nur sein: Kurzbehandlungsstätte bzw. Durchgangsstation.

l) *Runge*-Chemnitz: Die Verhältnisse in Chemnitz sind ganz besondere. Dort mußte von der Stadt im Jahre 1905 eine psychiatrisch-neurologische Sonderanstalt errichtet werden, da damals die Überführung der psychiatrischen Fälle in die großen Landesanstalten erhebliche Schwierigkeiten machte. Die Anstalt hat sich, trotzdem die Überführung der psychiatrischen Fälle in die Landesanstalten erleichtert worden ist, in den 28 Jahren ihres Bestehens dauernd weiter entwickelt. Die Aufnahmezahl hat fortlaufend zugenommen. Schon vor dem Kriege, besonders aber nach dem Kriege, kamen in zunehmendem Maße neurologische Fälle hinzu. Die Gesamtbettenzahl beträgt jetzt 420, nachdem 1930/31 ein besonderes Haus für 120 Nervenkranke mit allen Behandlungsmöglichkeiten errichtet worden ist. Die Gesamtzahl der Kranken in der psychiatrisch-neurologischen Sonderanstalt (»Nervenheilanstalt«) gegenüber der Gesamtzahl der Kranken in den anderen Krankenhäusern ist weit höher als nach der Schätzung *Lange*s in anderen Städten. Sie beläuft sich jetzt etwa annähernd auf $^1/_3$ der Gesamtzahl. *R.* demonstriert eine Kurve über die Aufnahmeziffer, die von 1905—1929 von 300 auf 2300 gestiegen, in den letzten Jahren, wie überall, um ein weniges gesunken ist, sich aber immer noch auf über 2000 beläuft. Auf einem zweiten Bild sind die Aufnahmekurven der psychiatri-

schen und neurologischen Fälle getrennt. Die Trennung ist natürlich eine etwas willkürliche. Die als neurologisch bezeichneten Fälle umfassen aber alle die, die nicht in Landesanstalten aufgenommen werden könnten. Nach diesen Kurven sind sowohl die Aufnahmeziffern der psychiatrischen wie neurologischen Fälle nach dem Kriege dauernd gestiegen, besonders aber die der neurologischen Fälle. Die Erfahrungen in der Chemnitzer Nervenheilanstalt beweisen, wie stark das Bedürfnis nach Errichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern in den Großstädten unter fachärztlicher Leitung trotz aller dagegen geäußerten Bedenken ist.

m) *Benda*-Charlottenburg: Es dürfte von Interesse sein, auch vom Standpunkt der Praxis zu den angeschnittenen Fragen einen kurzen Beitrag zu liefern. Bisher wurden die Hamburger Erfahrungen, die in vielen Punkten als vorbildlich gelten können, noch nicht berührt. In Hamburg gibt es in drei großen Krankenhäusern, Eppendorf, Barmbeck und St. Georg je eine neurologische Station von annähernd 200 Betten. Trotz dieser großen Zahl neurologischer Betten sind diese fast stets voll belegt, und selbst in Zeiten, wo andere Krankenhaus-Abteilungen weniger gefüllt sind, waren die neurologischen Stationen stets fast voll besetzt. Dabei ergaben sich nirgends Unzuträglichkeiten in der Zusammenarbeit sowohl mit der inneren Medizin als den vorhandenen psychiatrischen Abteilungen. Wenn man das Krankenmaterial solcher neurologischen Abteilungen auf die psychiatrischen Fälle hin prüft, so zeigt sich, daß die dort liegenden Kranken nicht etwa den vorhandenen psychiatrischen Kliniken entzogen werden, sondern diese Kranken bei Nichtvorhandensein solcher Abteilungen überhaupt nicht oder nur an falscher Stelle untergebracht werden können. Eigentliche Psychosen gelangen höchstens vorübergehend zur Aufnahme, entweder einmal, weil die Krankenhausabteilung am schnellsten zu erreichen war, oder aber, was häufiger vorkommt, entwickeln sich die Psychosen erst während des Krankenhausaufenthaltes, und dann läßt sich eine Überführung in die eigentliche Heilanstalt ohne Schwierigkeiten durchführen. Es wird wohl kaum ein Leiter einer solchen psychiatrisch-neurologischen Abteilung Wert darauf legen, innerhalb des Krankenhauses schwerere psychiatrische Fälle längere Zeit zu behandeln. Vielmehr werden diese nach wie vor den psychiatrischen Spezialabteilungen vorbehalten bleiben. Wichtig aber sind solche psychiatrisch-neurologischen Abteilungen für Behandlung leichter Depressionen und sich entwickelnder, noch nicht klar ausgebildeter schizophrener Schübe, da es bei den Fällen, an die ich hier in erster Linie denke, dem in der Praxis stehenden Arzt überhaupt nicht möglich ist, solche Fälle direkt in eine Heilanstalt zu überführen. Ein solcher Vorschlag würde auf den heftigsten Widerstand der Familie und der Patienten selbst stoßen. Auf der andern Seite ist die Verantwortung für eine offene Behandlung oft nicht mehr zu tragen, und jeder Psychiater wird aus eigener Praxis Fälle kennen, wo er ein Suizid gut hätte verhindern können, wenn es möglich gewesen wäre, den Patienten in ein Krankenhaus zu bringen. Gerade das Krankenhaus ist die richtige Stelle für die Behandlung solcher Grenzfälle, da sich mit dem Krankenhaus die Vorstellung einer körperlichen Erkrankung und Pflege verbindet und viele der angeblich nur »seelisch« Kranken es als eine Erlösung empfinden, wenn man ihr Leiden als eine körperliche Krankheit ernst nimmt und

anerkennt. Die Bedenken der Anstaltspsychiater, daß durch psychiatrische Krankenhausabteilungen das Ansehen und die Geltung der Heilanstalten und psychiatrischen Kliniken leiden könnte, dürften durch die Erfahrungen der Praxis entkräftet werden.

Was nun das Verhältnis solcher neurologischen Spezialabteilungen zu den inneren Kliniken betrifft, so darf ich aus meiner Hamburger Assistentenzeit am Barmbecker Krankenhaus, sowie aus der neurologischen Tätigkeit an der Chirurgischen Abteilung des Augusta-Hospitals heraus versichern, daß in der praktischen Arbeit sich niemals Schwierigkeiten ergeben haben. Trotz des neu aufgelebten Interesses der inneren Medizin für die Neurologie ist es den Internisten in den allgemeinen Krankenhäusern — und von diesen ist ja hier in erster Linie die Rede — gar nicht möglich, den einzelnen neurologischen Fällen die Aufmerksamkeit und das Spezialinteresse zu widmen, das diese doch zweifellos erfordern. So zeigt sich in der praktischen Zusammenarbeit sehr bald, daß die neurologischen Stationen nicht nur ohne Konkurrenz für die inneren Abteilungen, wie schon angedeutet, fast stets voll belegt sind, sondern die Möglichkeit, einen neurologischen Berater zuzuziehen, wirkt sich auch in der Richtung aus, daß die Krankenhausneurologen noch fast täglich auf die übrigen Stationen eines Krankenhauses als Berater hinzugezogen werden. Daß umgekehrt die Neurologen das größte Interesse haben, einen Internisten möglichst leicht und schnell jederzeit zuziehen zu können, bedarf wohl kaum der Erwähnung.

Die Zusammenarbeit zwischen Chirurgie und Neurologie geht weit über die spezielle Hirnchirurgie, die ja meist einigen besonderen Spezialabteilungen vorbehalten bleiben wird, hinaus. Gerade in allgemeinen Krankenhäusern, in denen viele Unfallverletzte zur Aufnahme gelangen, ist es unbedingt wichtig, daß möglichst frühzeitig ein neurologischer Status erhoben wird. Es würde zu weit führen, hier auf alle Spezialfächer einzugehen, es darf jedoch als sicher bezeichnet werden, daß die Einrichtung neurologischer Stationen für die Kranken in erster Linie, aber ebenso auch für die Krankenhausärzte allgemein, von großer Wichtigkeit ist. Es kann einfach nicht geleugnet werden, daß es selbst dem gut ausgebildeten Internisten und Chirurgen unmöglich ist, die notwendige praktische Neurologie so weit zu beherrschen, daß stets neurologisch wichtige Diagnosen so rechtzeitig gestellt werden, wie es im Interesse der Kranken notwendig ist. Wer die Anamnesen von Hirntumor-Kranken in Deutschland durcharbeitet, kann sich der Tatsache nicht verschließen, daß es bei uns noch sehr viel längere Zeit dauert, bis eine Diagnose gestellt wird, als es nach den Statistiken *Cushings* in Amerika möglich ist. Es wäre im Interesse der Volksgesundheit daher dringend erwünscht, wenn auch bei uns die Diagnosen der Nervenkrankheiten vielfach früher gestellt würden, da dann die operativen und konservativen Heilungsaussichten bedeutend günstigere sind.

n) *Ihsan Schükri*-Istanbul: In der Türkei hat vor sechs Jahren die Errichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern unter der Leitung der Fachärzte stattgefunden. Die Resultate, die wir damit erzielt haben, können nur die Forderungen von Prof. *Lange* und und Prof. *Hoffmann* vollständig bestätigen.

o) *Schmidt*-Lengerich i. Westf. erklärte sich als Vorstandsmitglied des R. V. B. Dtsch. Psychiater nicht völlig mit den *Lange*schen Leitsätzen ein-

verstanden, vor allem äußerte er ernste Bedenken gegen Ziffer 5 derselben, die die Versorgung der Außenfürsorge durch die Polikliniker geregelt wissen will.

Er wies insbesondere darauf hin, daß diese durch Anstaltspsychiater eingeleitet und ausgebaut werden sei, auch die Bodenständigkeit der letzteren gewähre ihr gesichertes Fortbestehen.

Im übrigen sei der R. V. der Auffassung, daß die unglückliche Finanzlage vorläufig der Verwirklichung der Errichtung weiterer psychiatrisch-neurologischer Abteilungen entgegenstehe.

p) *Walter*-Bremen: Nach meinen Erfahrungen in Bremen kann eine Zwischenschaltung einer psychiatr.-neurologischen Abteilung eine Verstärkung des Vorurteils gegen die Anstalten und auch die Gefahr einer Verarmung des Krankenmaterials bedeuten, weil manche Kranke lieber fortlaufen als sich noch in eine Anstalt verlegen zu lassen. Der wichtige Abbau des Vorurteils ist nur möglich durch Erleichterung der Aufnahmen in die Anstalten auch für nicht ausgesprochene Psychosen.

q) *Nitsche*-Sonnenstein: Von Herrn *Hoffmann* wurde als ein Argument für die Errichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an Krankenhäusern angeführt, daß die unmittelbare Aufnahme von Geisteskranken in Heil- und Pflegeanstalten zu umständlich sei. Dieses Argument kann nicht anerkannt werden. Die modernen Heil- und Pflegeanstalten können und müssen durchaus ebenso liberal bei der Aufnahme von Kranken verfahren wie die Stadtasyle. Jeder Fall läßt sich als dringliche Aufnahme behandeln. Wenn Anstalten in dieser Hinsicht heute noch Schwierigkeiten machen sollten, so wäre das allerdings fehlerhaft. *Nitsche* macht ausführliche Mitteilungen über die Aufnahmepraxis seiner Anstalt und weist darauf hin, daß ein sehr großer Teil der Sonnensteiner Aufnahmen als Dringlichkeitsaufnahmen behandelt werden; es kommt sehr häufig vor, daß Geisteskranke ohne Unterlagen zugeführt und dann stets aufgenommen werden. Der Direktor und die aufnehmenden Ärzte müssen natürlich vorsichtig sein, und die Anstalten müssen dafür sorgen, daß die Ärzte und Gemeindebehörden ihres Aufnahmebezirkes für diese Fälle richtig instruiert und erzogen werden. Ernste Schwierigkeiten können gelegentlich einmal entstehen, wenn Kranke ohne Unterlagen zugeführt werden und die Psychose im Augenblick nicht erkennbar ist. Aber auch für diese Fälle läßt sich in der Regel Rat schaffen; doch ist nicht zu leugnen, daß in solcher Lage eben einmal ernste Schwierigkeiten entstehen können, wenn ein Fall, der tatsächlich anstaltsbedürftig, als solcher aber bei der Zuführung nicht erkennbar ist, abgewiesen werden muß. *Nitsche* spricht sich näher über diese Fälle aus. Er weist ferner darauf hin, daß im Sinne des letzten Punktes der heute vorgetragenen Resolution der Anstaltsdirektoren auch die Heil- und Pflegeanstalten sich in ihren Einrichtungen und ihrer Entwicklung den an sie zu stellenden neurologischen Aufgaben anpassen müssen. Er berichtet über die von *Ilberg* unmittelbar vor dem Krieg der Anstalt Sonnenstein angegliederte kleine staatliche Nervenheilanstalt Maria-Anna-Heim, die eine sehr wertvolle Ergänzung der Hauptanstalt bedeutet. Hier, namentlich in der mit dem Maria-Anna-Heim verbundenen Ambulanz, sieht der Anstaltspsychiater regelmäßig Grenzfälle und Psychosen in Prodromal- und Initialstadien, die früher der Anstaltsarzt in der Regel nicht beobachten konnte. Auch für die Bevölkerung sind solche Adnexe für

Nervenkranke außerordentlich wertvoll. Insbesondere lehren die im Maria-Anna-Heim gemachten Erfahrungen, daß auch die praktischen Ärzte sich einer solchen Ambulanz gern bedienen. Wir haben mit ihnen nie Schwierigkeiten oder Differenzen deswegen gehabt. Für die Konsultationen und die Behandlung im Ambulatorium wird liquidiert.

Übrigens eignen sich diese poliklinischen Sprechstunden auch sehr gut zur Nachbeobachtung aus der Hauptanstalt entlassener Psychotiker, zum Erheben von Katamnesen usw. Die Einrichtung solcher Nervenabteilungen und Ambulatorien bei Heil- und Pflegeanstalten muß als ein dringendes Erfordernis der heutigen Zeit bezeichnet werden.

r) *Stier*-Berlin: Ein wichtiger Zweck der neuzuschaffenden Abteilungen wird sein, die Psychopathen, Neuropathen, leicht organisch Kranken und fraglichen Psychosen für ein paar Tage zur Beobachtung und Begutachtung für die Sozialversicherung aufzunehmen, bei denen wir durch Sprechstundenuntersuchung nicht gleich zum Ziel kommen.

Lange (Schlußwort): Es ist unmöglich, auf die zahlreichen Einzelheiten einzugehen, die in den Diskussionsbemerkungen berührt wurden. Wichtig erscheint mir aber im ganzen festzustellen, wie der Kampf auf den einzelnen Fronten steht, der Front gegen die Internisten, jener gegen die reinen Neurologen und endlich jener gegen die Heil- und Pflegeanstalten. Es ist erfreulich, daß von allen Seiten betont worden ist, daß auch dort, wo Psychiatrie und Neurologie wesentlich an Raum gewonnen haben, die Beziehungen zu den internen Kliniken und Abteilungen ausgezeichnete geblieben sind. Im Grunde ist dies selbstverständlich. Es geht ja nicht darum, dem Internisten die wissenschaftliche Beschäftigung mit Nervenleiden streitig zu machen und etwa das gesamte neurologische Material aus den internen Kliniken und Abteilungen herauszuziehen. Überall kommt es darauf an, daß den neurologischen und psychiatrischen Bedürfnissen in geeigneter Weise Rechnung getragen wird und daß die Nerven- und Geisteskranken überhaupt im allgemeinen Krankenhaus sachverständige Ärzte finden, die sie in ausreichendem Maße betreuen können. Hinsichtlich der reinen Neurologie bin ich der Überzeugung, daß der Kampf in gemeinsamer Front stattfinden kann und daß er auch gemeinsam durchgeführt werden wird. Ich glaube nach persönlichen Gesprächen zu der Auffassung berechtigt zu sein, daß die Errichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen von den reinen Neurologen künftig nachhaltig gefördert werden wird. Von seiten der Heil- und Pflegeanstalten ist eigentlich nur von Herrn *Schmidt* in unfreundlicher Weise zu meinem Referat gesprochen worden. Ich habe den Anstalten ihre großen Verdienste um die offene Fürsorge in gar keiner Weise streitig gemacht, sondern habe ausdrücklich von einer Teilnahme an den vielen Aufgaben der offenen Fürsorge gesprochen. Bei Einwänden solcher Art wird ganz vergessen, daß es sich ja in Wirklichkeit gar nicht um irgendwelche Interessen von Internisten, von reinen Neurologen, von Klinikern und von Anstaltsdirektoren und -ärzten handelt, sondern daß es sich immer und allein nur handeln kann — um den Kranken.

Knab-Tapiau: Statistik über den Stand der öffentlichen deutschen Familienpflege im Herbst 1932.

Die durch die schlechte Finanzlage der fürsorgepflichtigen Verbände

bedingte Drosselung der Aufnahmen führt mit der Zeit zu nicht unerheblicher Unterbelegtheit in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten. Für die Versorgungsträger des öffentlichen Irrenwesens liegt der Ausweg nahe, die Familien- und Heimpflege als Eigenbetrieb nach Bedarf abzubauen, um die Anstalten wieder zu füllen. Diese Sachlage hat neben dem Bedürfnis, die Dynamik der deutschen Familienpflege synoptisch herauszustellen, mich veranlaßt, an die zurzeit Familienpflege treibenden öffentlichen Anstalten einen Fragebogen hinausgehen zu lassen, welcher demnächst an Hand eines größeren Aufsatzes in der Psychiatr.-neur. Wschr. veröffentlicht werden wird. Die auf den Fragebogen eingegangenen Antworten wurden von mir gesichtet, die einzelnen Familien- und Heimpflege treibenden Anstalten hinsichtlich ihrer Bettenzahl und Belegtheit in einer Tabelle namentlich zusammengestellt. In dieser Tabelle wurde die Familien- und Heimpflege mit der Gesamtbelegzahl der einzelnen Anstalten verglichen und prozentual errechnet. In Form von Erläuterungen zu dieser Tabelle werden sodann statistische Zahlen allgemeiner Natur unter sich verglichen und das Ergebnis dieser Vergleichung den von *Bufe* für den 1. X. 1927 zusammengestellten Zahlen gegenübergestellt. Es folgen sodann in gedrängter Zusammenstellung Einzelheiten aus dem gesammelten Material. Weiterhin wird in einer zweiten Tabelle unter Benutzung eines von *Bufe* aufgestellten Schemas die Größenrangordnung der einzelnen Pflegen dargestellt und mit den Zahlen von *Bufe* aus dem Jahre 1927 verglichen. Den Abschluß dieses Vortrages bildet eine kritische Stellungnahme zur Frage der Sterilmachung von Geisteskranken und eine kritische Würdigung der Institution der Heimpflege. — Aussprache: *Villinger*.

Forster: Cytologische und encephalographische Befunde bei Schizophrenie und anderen organischen Psychosen.

Vortr. demonstriert die Encephalogramme von sechs an zweifelsfreier Schizophrenie leidenden Patienten, eine Auswahl von 15 Patienten mit zweifelsfreier Schizophrenie, bei denen Encephalogramme aufgenommen worden waren. In allen Fällen zeigte sich eine mäßige, aber sichere Erweiterung der Seitenventrikel und des 3. Ventrikels und eine vermehrte Oberflächenzeichnung. Wie der Vergleich mit den normalen Bildern, die aus der Arbeit von *Flügel* und dem Lehrbuch von *Schink* entnommen sind, sehen läßt, ist die Erweiterung der Ventrikel einwandfrei.

Vortr. glaubte zunächst, nachdem er den Liquor in verschiedenen Portionen untersucht hatte — es wurde vor der Encephalographie immer der Gesamtliquor abgelassen mittels Lumbalpunktion und durch Luft ersetzt —, daß die in der letzten Portion regelmäßig gefundene starke Zellvermehrung pathologisch sei. Er hatte sich zu dieser Annahme berechtigt geglaubt, weil im Liquor, der mittels Ventrikelpunktion entnommen wurde, in normalen Fällen niemals eine Zellvermehrung besteht, und weil auch der normale Liquor, der mittels Zysternenpunktion gewonnen wird, keine Zellvermehrung darbietet. Es zeigte sich dann aber doch, daß die letzte Portion des Gesamtliquors auch bei Normalen eine erhebliche Zellvermehrung zeigt, bei denen die gleichen Zellen in gleicher Weise auch in größeren Zellhaufen wie bei der Schizophrenie vorkommen. Das erklärt sich dadurch, daß die Saugwirkung, die beim Ablassen des Gesamtliquors entsteht, ausreicht, um die abschilfernden Zellen der Arachoidea, die sich in deren Maschen an-

sammeln, herauszuschwemmen. Deswegen findet man auch die Haufen von aneinandergeklebten degenerierten histogenen Zellen. Wenn demnach also auch die Zellvermehrung in manchen Fällen nicht gestattet, Rückschlüsse auf eine organische Erkrankung zu ziehen, so beweist die Erweiterung der Ventrikel und die vermehrte Oberflächenzeichnung doch deutlich organische Abbauvorgänge im Hirn.

In zwei Fällen gestatteten die Encephalographie und die Liquoruntersuchung die Diagnose eines beginnenden Alzheimerschen Prozesses. Im ersten Fall handelt es sich um einen angesehenen Akademiker, der in seiner Tätigkeit, wie die Angehörigen plötzlich zu ihrem Schrecken entdeckten, Unterschlagungen begangen hatte, sich auf Vorhalt des Sohnes darüber gar nicht schämte und versuchte, trotzdem die elterliche Autorität dem erwachsenen Sohne gegenüber aufrechtzuerhalten. Die äußerlichen Formen waren durchaus korrekt. Grobe Intelligenzdefekte waren bei der Untersuchung nicht nachweisbar, nur die völlige Einsichtslosigkeit seinen Verfehlungen gegenüber und die Gleichgültigkeit über das Schicksal seiner Angehörigen nach seinem totalen Vermögensverlust fielen auf. Die Encephalographie ergab, wie die gezeigten Bilder beweisen, eine erhebliche Erweiterung der Ventrikel und eine stark pathologische Oberflächenzeichnung. Im Liquor deutliche Zellvermehrung, besonders in der letzten Portion, aber auch schon in den früheren Portionen pathologische Zellen, darunter auch Makrophagen. — Bei dem anderen Fall handelt es sich um einen mittleren Beamten, der im Dienst nicht aufgefallen war, der aber pathologisch reagierte, als ihm ein dienstlicher Vorwurf gemacht wurde. Er zeigte in der Klinik zunächst ein Bild theatralischer Depression. Die Lumbalpunktion ergab starke Zellvermehrung mit path. Zellen, auch Makrophagen. Bei der Untersuchung ergab sich nun, daß er bei sehr vielen Geldverleihern in ganz Deutschland kleine Summen geliehen hatte, allen versicherte, daß er Beamter sei, der keine Schulden habe, und daß seine wesentliche Tätigkeit, mit der er alle Abende ausfüllte, darin bestand, daß er immer wieder neue Geldleiher für kleine Summen aus Annoncen suchte und fand, um mit deren Darlehen die alten Geldgeber zu befriedigen. So mußte er jetzt das Dreifache seines Monatsgehalts durch solche kleinen Darlehen zurückerstatten. Er blieb mit monotoner Gleichgültigkeit dabei, daß er ja niemand geschädigt hätte, alle Leute hätten doch ihr Geld bekommen. Die Encephalographie ergab eine stark vermehrte Oberflächenzeichnung und einen sehr starken Hydrocephalus externus. Trotz Ablassen von 200 ccm Flüssigkeit waren die erweiterten Ventrikel nur mangelhaft mit Luft gefüllt, und es zeigte sich eine Luftkappe über dem Flüssigkeitsspiegel an der Oberfläche des Hirns, die also eine erhebliche Schrumpfung des Hirns bewiesen. Ohne Encephalographie und zytologische Untersuchung wäre in beiden Fällen die Diagnose nicht zu stellen gewesen.

Aussprache: *Albrecht: Scheller* hat an der Berliner Klinik den bei der Encephalographie gewonnenen Liquor in fraktionierten Portionen untersucht, wobei sich ergab, daß die ersten Portionen in Beziehung auf Zellgehalt normal waren, während die letzten eine starke Zellvermehrung zeigten.

Wetzel-Würzburg: Über Ventrikelwand und Liquorräume.

Die obere und vorder-obere Begrenzung des dritten Ventrikels wird durch die Ependymlamelle seines Plexus chorioideus und durch deren An-

satz am Fornix (mit Fortsetzung in das Fornixependym) gebildet. Dieses Ependym und besonders die Ansatzlinie, die als Fortsetzung der Taenia fornicis quer über die Fornices hinüberläuft, müßte auf dem so häufig abgebildeten Medianschnitt zu sehen sein. Die mikroskopisch dünne Lamelle vertritt die Hirnwand; fehlt ihre Darstellung (auf fast allen Abbildungen in der Literatur; im neuestens erschienenen Braus-Elze richtig), so ist die Zisterne der Fissura transversa offen mit den Ventrikeln in Verbindung, das Foramen Monroi ist kein Loch, und der einzig mögliche Weg zur Erklärung des erwachsenen Gehirnbaues vom entwicklungsgeschichtlichen Grundplan her ist damit an der entscheidenden Stelle, sei es auch durch eine »Kleinigkeit«, ungangbar. Demonstration an Tafeln, Makro-, Mikropräparaten und Ausgüssen. Erwähnung der ebenfalls oft unrichtig abgebildeten Zisternen. — Hinweis auf die schon für den normal-neurologischen Unterricht grundsätzlich wichtige Zusammenarbeit von Anatomen und Klinik.

Aussprache: *Spielmeyer* betont die Wichtigkeit dieser makroskopisch anatomischen Studie von Herrn *Wetzel* auch mit Rücksicht auf die pathologisch-anatomischen Forschungen in der Psychiatrie.

Ihsan Schükri-Istanbul: Die Ergebnisse der Malariatherapie der Neurosyphilis in der Türkei und histopathologische Untersuchungsresultate des Gehirns bei malariageimpften Paralytikern.

Die Ergebnisse der Malariatherapie bei Neurolues in der Türkei zeigen einige Eigentümlichkeiten, welche mit den in anderen Ländern erzielten Resultaten teilweise nicht übereinstimmen und zwar wegen der Verbreitung der Malaria. Die Bevölkerung von Kleinasien und Rumelien hat meistens die Malaria durchgemacht und verhält sich hiergegen ziemlich immun. Dies kann, wie ich schon früher erwähnt habe (Münch. Med. Wochenschrift 1925, 47, 2011), dazu beitragen, daß die Lues-nervosa-Fälle — allgemein gesprochen — in der Türkei nicht mehr so häufig vorkommen wie in Deutschland, Frankreich und anderen Ländern. Folgende statistische Resultate aus der psychiatrischen und Nervenklinik Bakirköy-Instanbul sollen hierfür als Beweis dienen:

1920	6 %	1926	6.37%
1921	4.2 %	1927	8.60%
1922	5.60%	1928	11.89%
1923	5.50%	1929	17.00%
1924	4.40%	1930	12.50%
1925	5.60%		

Die prozentuale Zunahme in unserer Statistik, welche wir in den letzten Jahren zu beobachten hatten, soll in der Türkei auf die längere Zeit hindurch dauernden und das Nervensystem der Menschen zerrüttenden Kriegsfolgen und auch vielleicht auf die in den letzten sechs Jahren stattgefundene intensive Malariabekämpfung zurückzuführen sein.

Bei solchen früher der Malaria verdächtigen Leuten hat die therapeutische Malaria-Impfung meistens nicht den gewünschten Erfolg, d. h. die Malaria-Anfälle erscheinen manchmal überhaupt nicht, oder reagieren mit einigen unregelmäßigen Anfällen, welche von selbst verschwinden. In sol-

chen Fällen bleiben auch mehrmalige Malaria-Impfungen erfolglos, selbst die Reaktivierung mit anderen Mitteln wie Milch, Vakzineinspritzungen erzeugt die Fieberanfälle nicht.

Die Schwierigkeiten, in den Städten eine reine Tertiana ohne Mischung mit anderen Malariaformen und nicht mit Chinin degeneriert zu erhalten, spielt auch eine gewisse Rolle bei diesen Mißerfolgen. In unserem Krankenhaus haben wir bei mit Malaria behandelten Paralytikern die in den nachstehenden Ausführungen erwähnten Resultate erzielt: Die in den Jahren 1928, 1929, 1930, 1931 und 1932 malariabehandelten Paralysefälle belaufen sich auf insgesamt 335 Fälle, und zwar 291 Männer und 44 Frauen. Von diesen sind 29% Männer und 18% Frauen gegen Malaria-Impfung refraktär geblieben. Bei 40 Männern und 9 Frauen sind die Malaria-Anfälle unregelmäßig vorgekommen; von diesen haben wiederum 2.5% Männer und 4.5% Frauen eine leichte Remission gezeigt und 14.4% Männer und 15% Frauen sind ohne Remission geblieben.

Die regelmäßige Malariaanfälle aufweisenden Fälle sollen in 4 Gruppen geteilt werden, und zwar: 1. Gruppe: der Heilung nahestehende Remissionsfälle (Heilung) = 14.4% bei Männern und = 15% bei Frauen. 2. Gruppe: leichte Remissionsfälle = 4.4% Männer und 9% Frauen. 3. Gruppe: die nach Malariaanfällen unverändert gebliebenen Fälle = 17% Männer und 25% Frauen (hierunter befindet sich ein sehr interessanter Fall: Eine lepröse Frau, die nach Luesansteckung paralytisch wurde, ist gegen mehrere Malaria-Impfungen unempfindlich geblieben). 4. Gruppe: die bei Fieberanfällen Gestorbenen: 14% Männer und 11% Frauen.

Bei den auf diese Gruppe entfallenden Todesfällen war die Tertiana meistens trotz unserer sorgsamen Bemühungen mit Tropica gemischt. Der Tod trat des öfteren während der 7—9 Fieberanfälle ein, zweimal in den ersten 3—4 Anfällen. Die besseren Impfresultate haben wir in der Winterzeit erzielt. Die depressive Form der Paralyse war gegen Malariabehandlung am ungünstigsten; von 39 Heilungsfällen waren nur 3 depressiver Form. Für die Einstellung der Fieberanfälle sind manchmal einige Chinindosen genügend, dagegen blieb wiederum bei anderen Fieberanfällen die Verwendung aller möglichen Malariamittel (wie Chinin, Plasmochin, Chinoplasmin, Atebrin, Neosalversan) erfolglos. Die klinischen und serologischen Remissionen laufen nicht immer parallel, d. h. bei manchen klinischen Remissionsfällen bleibt das serologische Bild unverändert und so auch umgekehrt. Das Argyll-Robertsonsche Symptom wurde in allen unseren Remissionsfällen von der Malariabehandlung nicht beeinflußt. Meistens reagieren 30—40jährige Kranke auf Malariabehandlung am besten.

Unser Obduktionsmaterial enthält neun Fälle, die in drei Gruppen eingeteilt werden können. In der ersten Gruppe finden sich sechs Fälle, bei denen der Tod während der Malariaanfälle oder gleich nach diesen eingetreten ist. Die zweite Gruppe enthält zwei Fälle, die nach lange dauernder Remission an einem Rückfall gestorben sind. Die dritte Gruppe enthält nur einen Fall, bei dem der Tod ohne Maleriaimpfung an einer Septikämie mit hochsteigendem Fieber erfolgte.

Die histologische Untersuchung des Gehirns von diesen Fällen ergab folgende Resultate: 1. Die degenerativen Veränderungen bleiben trotz Malariaanfällen indifferent. 2. Die *Spatz*sche Eisenreaktion war immer po-

sitiv. 3. Die während der ersten 4—5 Fieberanfälle gestorbenen Fälle zeigen eine Vermehrung der Entzündungsprozesse im Gehirn und in den Meningen. In einem Fall war der Entzündungsprozeß bis in die weiße Substanz eingedrungen. In diesem Fall konnte ich Plasmodien mit einigen degenerierten Plasmazellen frei im Gewebe feststellen. Bei den nach neun Fieberanfällen oder nachher Gestorbenen war der entzündliche Prozeß wenig zurückgetreten (bei einem Fall war dies sehr deutlich). 4. Die Spirochätenuntersuchung bei den während der Fieberanfälle Gestorbenen ergab nur einmal ein positives Resultat, und dies wurde auch in degenerierter Form gefunden. In anderen Fällen war es negativ. Bei zwei lange Zeit nach der Malariatherapie Gestorbenen war diese Untersuchung einmal positiv und einmal negativ, in dem letzten Fall waren Silberzellen und argentophile Einlagerung zu sehen. Bei den während der Sepsis Gestorbenen war die Untersuchung auf Spirochäten negativ; insgesamt fiel die Spirochätenuntersuchung bei 28% positiv aus. In unserem Laboratorium beträgt der Spirochätenbefund bei nicht malariabehandelten Paralytikern 72.3%.

Aussprache: *Forster:* Spirochäten habe ich ebenfalls in verschiedenen Fällen von mit Malaria behandelten Paralytikern gefunden, wie ich 1925 in der Münch. Medizin. Wochenschrift publiziert habe. Auch Dr. *Sierra,* Chef der Psychiatrischen Klinik in Buenos Airos, hat sehr schöne Abbildungen von Spirochäten bei mit Malaria behandelten Paralytikern in dem argentinischen Kongreß in Tucuman im Jahre 1927 veröffentlicht, so daß zweifellos feststeht, daß trotz der Malariatherapie Spirochäten noch reichlich leben bleiben können.

E. Grünthal: Über das spezifisch Menschliche im Bau des Zwischenhirns.

Der nicht gehaltene Vortrag sollte über vergleichende Untersuchungen des Zellbaues im Zwischenhirn vom Schimpansen und Menschen berichten. Es wird damit eine planmäßige Erforschung des besonderen Menschlichen im Gehirnbau angebahnt, deren Endziel es ist, die strukturellen Grundlagen dessen, was den Menschen entscheidend über das Tierische erhebt, in ihrer Gesamtheit zu erfassen. Die Voraussetzungen liegen günstig, da man in den menschenähnlichen Affen eine Säugerstufe vor sich hat, die sich körperlich weitgehend dem Menschen nähert, dabei aber seelisch unter der Schwelle des menschlichen Zustandes bleibt. Unterschiede, die sich nun in der Struktur des Gehirnes bei beiden Gruppen finden, wird man deshalb mit großer Wahrscheinlichkeit in einen, freilich zunächst sehr allgemeinen Zusammenhang mit den als eigentlich menschlich anzusehenden geistigen Eigenschaften zu bringen haben. Hierunter kann wiederum vorläufig nur ganz allgemein die Fähigkeit verstanden werden, eine kulturelle und geistige Welt aufzubauen, d. h. die Möglichkeit, vorausschauend Ziele vorwegzunehmen, produktiv und einsichtig zu denken, Ergebnisse der Erfahrung und des Denkens mit Sprachsymbolen zu belegen und zu späterer Verwertung aufzubewahren. Daneben können als kennzeichnende Minderleistungen dem Tier gegenüber gelten der Mangel an Instinkthandlungen und die geringere triebmäßige Durchschlagskraft und Sicherheit.

Voraussetzung für derartige Untersuchungen ist, daß man den menschenähnlichsten der Menschenaffen benutzt, um tatsächlich auch den letzten Unterschied von der Stufe des Tieres zum Menschen zu finden. Feinere

Strukturuntersuchungen am Gehirn verschiedener Anthropoiden, die darauf hinzielen, gibt es m. W. nicht. Aber nach den sonstigen Ergebnissen der Anatomie ist es wahrscheinlich, daß der Schimpanse dem Menschen am nächsten steht. Gerade am Großhirn des Schimpansen sind auch bereits Untersuchungen über den Zellbau des Stirnhirns, gewisser Teile des Schläfenlappens und des Hinterlappens durchgeführt. *Brodmann* fand erheblich stärkere Ausdehnung der Stirnhirnregion beim Menschen auf Kosten der Regio präcentralis, die sich beim Schimpansen noch auf große Teile der sogen. dritten Stirnwindung ausdehnt. Dort findet sich beim Menschen an der *Broca*schen Stelle ein besonderes Feld, das dem Schimpansen fehlt. Dies ist übrigens der einzige qualitative Strukturunterschied, der bisher zwischen Anthropoiden und Mensch am Hirn bekannt geworden ist. Reine Größenverschiedenheiten und Lageveränderungen fand ebenfalls *Brodmann* bei der Sehsphäre. *Beck,* der die obere Schläfenwindung und die Querwindungen beim Schimpansen und Menschen untersuchte, fand keine wesentlichen Unterschiede im Markscheidenbau.

So wertvoll und notwendig derartige Einzeluntersuchungen zunächst sind, muß als Ziel doch stets die einheitliche Durchforschung von großen zusammengehörigen Abschnitten des Gehirns vorschweben, wenn man die wesentlichen Unterschiede erkennen will. Vorerst ist hierfür eine andere Aufgabe der vergleichend anatomischen Untersuchung zu erledigen: die Verfolgung des feineren Baues eines solchen Gehirnabschnittes, in unserem Falle des Zwischenhirnes, durch die gesamte Säugetierreihe. Hierdurch wird zunächst das Gesetzmäßige bekannt, d. h. das, was stetig wiederkehrt, andererseits das, was in den einzelnen Untergruppen sich wandelt, entweder im Sinne der Vereinfachung oder der Weiterentwicklung. Erst wenn so die Entwicklung jedes Einzelgliedes, wie auch des Gesamtplanes des Zwischenhirnes in der ganzen Reihe festgelegt ist, kann die Untersuchung der individuellen Besonderheit bei zwei nahestehenden Gruppen mit Erfolg durchgeführt und das Ergebnis durchblickt werden.

Verfasser hat diese Vorarbeit in den Grundzügen für den Hypothalamus und den Thalamus (noch nicht veröffentlichte Untersuchungen), d. h. für das ganze Zwischenhirn, zum Abschluß gebracht. Es ist dies ein höherer und integrierender Bestandteil des Gehirns, der lediglich noch überbaut wird von dem Großhirn. In seinen basalen Teilen stellt das Zwischenhirn eine lebenswichtige Zentralstelle dar. Der dorsale Abschnitt dagegen ist im wesentlichen ein verbindender Knotenpunkt, der in engster Beziehung sowohl zum Großhirn wie den tiefer gelegenen Teilen des Zentralnervensystems steht. In der Entwicklung dieser beiden Zwischenhirnanteile in der Säugerreihe hat sich nun eine deutliche Verschiedenheit ergeben.

Der Hypothalamus zeigt je eine völlig unverändert bleibende vordere und hintere Hauptgruppe von Kernen. In dem dazwischenliegenden Gebiet dagegen nimmt der bei niederen Säugern außerordentliche Kernreichtum in der aufsteigenden Reihe eindeutig und erheblich ab. Auch ändert sich die Art des Gesamtaufbaues dieser Gruppe von Unterklasse zu Unterklasse und innerhalb der Klassen, wenn auch in geringerem Grade, zwischen den Arten. Sichere Gleichsetzungen von Kernen sind deshalb oft gar nicht möglich.

Hier ist einzuschalten, daß auch die Größe des Hypothalamus in der aufsteigenden Reihe im Verhältnis zur Größenentwicklung des Großhirns meßbar zurückbleibt. Durch zahlreiche Längenmessungen dieser beiden Hirnteile habe ich festgestellt, daß der Index: Hypothalamuslänge zu Großhirnlänge abnimmt, je höher die Entwicklungsstufe des Säugetiers ist. Soweit ich bisher sehe, kann die so gefundene Zahl als Maß für die Entwicklungshöhe eines Säugetiergehirnes gelten. Bei der Beutelratte beträgt der Index beispielsweise 0,3, bei den Nagern etwa 0,2, bei den Fleischfressern 0,16, bei den niederen Affen und wohl auch beim Gibbon 0,11 bis 0,12. Innerhalb der eigentlichen Anthropoiden zeigen sich nach den hier freilich spärlichen Messungen anscheinend auch noch Unterschiede. Orang und Gorilla haben einen Index von 0,104 bis 0,109, allein bei Schimpanse und Mensch liegt die Zahl unter 0,1 mit 0,08 bis 0,09. Auch hier erweist sich also der Schimpanse als das menschenähnlichste Tier. Der Hypothalamus ist, soweit unsere bisherige Kenntnis reicht, der einzige Hirnabschnitt, der sich so eindeutig gegensätzlich in der Entwicklung zur Hirnrinde verhält. Seine hohe Differenzierung bei den niedersten Säugergruppen dürfte wohl mit der dort vorhandenen Sicherheit und Anpassungsfähigkeit des Trieb- und Instinktlebens in Zusammenhang zu bringen sein.

Beim Menschen mit seinem einfachst gebauten Hypothalamus ist der veränderliche Teil auf zwei Kerne (gegenüber 30 beim Kaninchen) zusammengeschrumpft, den Nucleus mammillo-infundibularis und die Tuberkerne. Diese sind sicher und unmittelbar gleichzusetzen mit denen des Schimpansen, nicht mehr aber in dieser Weise bei den niederen Affen zu finden. D. h. der variable Hypothalamusteil des Schimpansen ähnelt in der Art seines Aufbaues dem menschlichen fast völlig, dem der niederen Affen so gut wie gar nicht mehr. Von Kernen, die sich sonst bei allen tieferstehenden Säugern mit Sicherheit nachweisen lassen, fehlt dem Schimpansen ebenso wie dem Menschen der Nucleus supramammillaris. Der Schimpanse besitzt dagegen noch die bei allen niederen Säugern vorhandene Zweiteilung des um die dritte Hirnkammer gelegenen Graus in einen zentralen kleinzelligen und einen peripheren großzelligen Anteil. Auch ist bei ihm der basal gelegene bei allen Säugern zu findende Nucleus pedamenti lateralis noch vorhanden. In diesen beiden Merkmalen also nur ist er tierisch, ihr Fehlen allein unterscheidet den Hypothalamus des Menschen von dem des Schimpansen.

Einen völlig anderen Entwicklungsgang zeigt der Aufbau des dorsalen Zwischenhirns, des Thalamus, nach meinen systematisch vom Beuteltier bis zum Anthropoiden und Menschen durchgeführten Untersuchungen. Es lassen sich mehrere Kerngruppen mit verschiedener Entwicklungs- und Differenzierungsrichtung aufweisen, worauf ich hier nicht näher eingehe. Im ganzen steigt der Kernreichtum des Thalamus eindeutig bis zum niederen Affen, bei dem er die reichste Gliederung besitzt. Die Länge des Organs bleibt auch hier im Verhältnis zum Großhirn zurück. Bei der Beutelratte mißt das Großhirn die doppelte, bei den Affen und den Menschen etwa die 5—6fache Länge des Thalamus. Außerordentlich bemerkenswert ist es nun, daß beim Schimpansen und Menschen die Zahl der Thalamuskerne sprunghaft etwa um ein Viertel (von 47 auf 35) sinkt, vor allem durch Verschwinden einer kaudalen Kerngruppe und einer großen Zahl an der Mittellinie gelegener kleiner Kerne.

Wiederum ist zu sagen, daß die Art des Thalamusaufbaues beim Schimpansen der des Menschen fast gleicht. Beide sind von den niederen Affen durch grundsätzliche Dinge unterschieden. Es bestehen aber auch hier wieder deutliche Unterschiede zwischen Anthropoiden und Mensch. Einmal fehlt ein bereits beim Schimpansen verkümmerter, sonst bei Tieren sich stets findender dorsaler Kern beim Menschen allein. Die vorhin erwähnte mediale Kerngruppe, auch beim Schimpansen schon stark vermindert, verringert ihre Kernzahl beim Menschen noch mehr. Ein schon beim Schimpansen zur Rückbildung neigender Kern ist der *Flechsig*sche Nucleus semilunaris. Dieser findet sich beim niederen Affen scharf umschrieben und in zwei Teile gegliedert. Beim Schimpansen stellt er lediglich einen Teil des lateralen Pulvinarkernes dar und zeigt dessen Struktur. Beim Menschen ist er an Ausdehnung, Zellreichtum und Zellgröße verkümmert; er ähnelt zwar auch hier noch stark dem lateralen Pulvinarkern, hat aber den Zusammenhang mit ihm verloren. Dieser letztgenannte Kern gewinnt dagegen beim Menschen gegenüber dem Schimpansen außerordentlich an Ausdehnung und verdrängt einen medial gelegenen, beim Schimpansen erheblich größeren Kern. Die Zahl der Pulvinarkerne ist beim Menschen gegenüber dem Schimpansen vermehrt. Schließlich zeigen die relativen Größenverhältnisse sowie die Differenzierung gewisser konstanter Kerne Unterschiede zwischen Mensch und Anthropoiden, auf die hier einzugehen zu weit führen würde.

Damit sind im Gröbsten die menschlichen Besonderheiten des Zwischenhirnbaues gekennzeichnet. Die rohen Befunde, die ja erst den Beginn unserer Kenntnis dieser Verhältnisse darstellen, erscheinen interessant genug, wenn wir auch über ihr Wesen und ihre Bedeutung kaum etwas ahnen können. Es ist zunächst nötig, systematisch weiter zu untersuchen, um die Dinge in ihrer Gesamtheit zu überschauen. Erst dann werden Zusammenhänge deutlicher werden und so merkwürdige Tatsachen, wie etwa die sprunghafte Vereinfachung des Thalamus bei Mensch und Anthropoiden, ihren Sinn erhalten.

Harald Siebert-Libau: Betrachtungen über den Selbstmord in Lettland.

Wenn der Psychiater bei einer großen Reihe von Behandlungsobjekten die Selbsttötung oder den Versuch einer solchen als Symptom der seelischen Erkrankung betrachtet, so begegnet er demgegenüber im täglichen Leben oft Mitteilungen über Suicidien, bezüglich der Motive und Ursachen derselben ihm keinerlei sichere Daten zur Verfügung stehen, da es sich um ihm nicht bekannte Erkrankungsfälle handelt. Die Presse ist ihrerseits andauernd überfüllt mit Berichten über Selbstmorde primitiver und komplizierter Natur und macht auf dem ganzen Erdball daraus sensationelle Darstellungen. Verf. hat sich eingehend mit diesem Problem in seinem engeren Wirkungskreis und über diesen hinaus beschäftigt und öfters diesbezügliche Mitteilungen veröffentlicht. Der subjektive von ihm gewonnene Eindruck besagte, daß im Baltikum früherer Zeit bzw. dem jetzigen Lettland in jedem Jahr eine ganz ungewöhnlich große Anzahl von Suicidien zu registrieren war. Aus seinem Material konnte er von 1912 bis 1917 bereits über 73 vollzogene Selbstmorde berichten (Mntsch. f. Psych. 1918 H. 5), bei welchen mit Ausnahme einiger psychopathologischer Grenz-

zustände durchweg voll ausgesprochene Psychosen vorlagen. Schon damals ließ sich jedenfalls feststellen, daß der Weltkrieg mit seinen Evolutionen keinen direkt nachweisbaren Zuwachs von Suicidien bedingt hatte, wie auch früher *Albert Behr* dies für das Baltikum bezüglich des russisch-japanischen Krieges und der Revolution 1905/6 erklärt hatte.

Es galt nun der Frage näher zu treten und zu prüfen, ob die Umwälzungen der Nachkriegszeit, die temporäre Besetzung fast des ganzen Landes durch die Bolschewicken und die hieraus entstandenen Entbehrungen und Drangsalierungen in der Spätfolge, eine Zunahme der Selbstmorde bedingt hatten. Es fiel auf, daß im Verhältnis zu den Mitteilungen beispielsweise ostpreußischer Provinzblätter in der lettländischen Presse fast tägliche Berichte über vollzogene Suicidien zu lesen waren, die in keinem zahlenmäßigen Relationszusammenhang mit den reichsdeutschen Vergleichsziffern standen, weil sie dieselben bedeutend zu überragen schienen. Groß erschien desgleichen die Anzahl der Tentamina suicidii in der Stadt Libau und ihrer Umgebung, wobei die Geschädigten in den meisten Fällen zu Heilzwecken dem allgemeinen Krankenhause überwiesen wurden; hier sah sich Vortr. dann in die Lage versetzt, Einblick in die Akten der betreffenden Persönlichkeiten zu gewinnen. Natürlich bildete dies Material nur einen Bruchteil der Gesamtheit des Landes, welches keinerlei absolute Schlußfolgerungen auf die Allgemeinheit zuließ und daher auch nur einen relativen Vergleichswert besaß. Es ließ sich jedoch die Tatsache feststellen, daß in der überwiegenden Anzahl der Fälle voll entwickelte Psychosen nicht im Spiele waren und auch selten der Verdacht eines Initialstadiums einer solchen begründet erschien.

Aus dem psychiatrischen Material der Abteilung des Vortr. ließ sich jedoch mit Sicherheit die Schlußfolgerung erbringen, daß im Gegensatz zu früheren Zeiten im Beginn der Schizophrenien überaus viele Krankheitsprozesse durch einen Suicidveruch gekennzeichnet waren.

Die seit etwa 1931 über Lettland hereingebrochene katastrophale Geld- und Wirtschaftskrise mit ihren erbarmungslosen Nöten, Lohnkürzungen und -auszahlungsschwierigkeiten ließ naturgemäß die Frage auftauchen, ob hier aus normalpsychologischen Motiven heraus eine Zunahme der Selbstmorde in der Gesamtheit nachzuweisen wäre. Hierbei durften keineswegs für die Allgemeinbetrachtung einzelne besonders augenfällige Sonderbeobachtungen als Richtlinien gelten. Wenn auch die statistischen Daten der behördlichen Institutionen meist wenig absoluten Wert besitzen, so ließ sich letzten Endes nur durch die Zentrale eine einigermaßen einwandfreie Übersicht erbringen, und diese erteilte mir in dankenswertester Weise das lettländische Gesundheitsdepartement. Seine Registrierungen beginnen erst ab 1926, so daß für die Zeit der ersten Nachkriegsjahre lediglich die Pressemeldungen und das eigene nur relativ verwertbare Material zur Verfügung standen — mithin zu Schlüssen nicht berechtigten.

Wird die Gesamtbewohnerzahl Lettlands mit etwa 1200000 Individuen angenommen, so stellen wir demgegenüber folgende Suicidziffern fest:

1926	Männer	312	Frauen	172	zusammen	484
1927	„	316	„	234	„	550
1928	„	397	„	236	„	633
1929	„	320	„	220	„	540
1930	„	286	„	167	„	454
1931	„	326	„	151	„	477
1932	„	335	„	117	„	452

Die Beweggründe, welche die Statistik uns bietet, erlauben uns keinerlei Schlüsse, als wir mit den Vermerken: romantische Motive, Familienmißhelligkeiten, Arbeitsverminderung, Körpererkrankungen und unbekannte Beweggründe doch niemals dem richtigen letzten Entschluß unserer Betrachtungsobjekte gerecht werden können. Stets stellen sich uns kritische Gegenfragen in den Weg und nur in den seltensten Fällen bekommen wir eine klare Einsicht.

Neben rein völkischen und rassenindividuellen Eigenschaften müssen auch die sozialen Unterschiede und ständischen Gesichtspunkte in entsprechender Weise berücksichtigt werden. Es sei nur dem Bilanzselbstmord (*Hoche*) auch an dieser Stelle ein erwähnendes Wort eingeräumt, dem man für eine Reihe von Beobachtungen seinen physiologischen Charakter kaum bestreiten dürfte.

Zum Schluß läßt sich sagen, daß auch die große auf Lettland schwer einwirkende Geld- und Arbeitskrise keine Steigerung der absoluten Suicidziffer bedingt hat, sondern daß sich die Anzahl der Selbsttötungen gegenüber wirtschaftlichen Hochständen in den Jahren 1928 und 1929 um ein beträchtliches vermindert hat. (Eine ausführliche Abhandlung folgt.)

Helgi Tomasson-Reykjarik (Iceland): Medikamentelle Beeinflussung der Blutelektrolyten bei manisch-depressiven Patienten (durch Acetylcholin, Atropin, Ergotoxin, Ephedrin).

Acetylcholin, 1—3 mg pro Kilogramm Körpergewicht, intramuskulär, bewirkt Herabsetzung des erhöhten Serumcalciums bei manisch-depressiven Patienten, Erhöhung des herabgesetzten Serumnatriums, daher konstant eine Herabsetzung des Quotienten Ca:Na (Erregbarkeitsquotient). Die Veränderungen im Serumkalium sind nur gering. Atropin, intravenös in parasympathisch lähmender Dosis (1,25 mg), wirkt auf Serumcalcium und Serumnatrium dem Acetylcholin diametral entgegengesetzt. Gynergen (Ergotoxin) scheint das Serumnatrium zu erhöhen und dadurch den Ca:Na-Quotienten herabzusetzen. Ephedrin ist nicht genügend untersucht worden, um Schlußfolgerungen zu gestatten. — Es wird hieraus geschlossen, daß die gestörten Elektrolytverhältnisse im Blute manisch-depressiver Patienten von den genannten Substanzen beeinflußbar sind, und daher zu therapeutischen Versuchen mit diesen Substanzen aufgefordert.

Geschäftliches: Professor Dr. *Konrad Rieger*-Würzburg, einer der Senioren der deutschen Psychiater, und Obermedizinalrat Dr. *Simon*-Gütersloh, der um die neuzeitliche Behandlung der Geisteskranken hochverdiente Anstaltsdirektor, werden einstimmig zu Ehrenmitgliedern gewählt.

Die satzungsgemäß ausscheidenden Vorstandsmitglieder *Spielmeyer*-München, *Pötzl*-Wien und *Koester*-Bonn werden wiedergewählt.

Von einem Anerkennungsschreiben des Reichssparkommissars an Sanitätsrat Dr. *Bratz*-Berlin anläßlich dessen Preisarbeit wird Kenntnis gegeben.

Die geprüften Kassenberichte der Heinrich-Laehr-Stiftung und des Deutschen Vereins für Psychiatrie werden vorgetragen; den Kassenführern wird Entlastung erteilt.

Bericht über die Heinrich-Laehr-Stiftung f. d. Jahr 1932.

1. Kassenbestand am 1. 1. 1932		RM. 1920,—
Vereinnahmte Zinsen		1754,55
Ausgeloste Papiere d. Reichsschuldenverwaltung		6575,—
		RM. 10249,55
Verausgabt i. J. 1932:		
f. 3 Preisarbeiten (1:600, 2 je 300)	RM. 1200,—	
f. Statistik der Geisteskranken	100,—	
Bankspesen und -Porto	13,55	1313,55
Kassenbestand am 1. 1. 1933		RM. 8936,—
2. Vermögen am 1. 1. 1933		
Anleihepapiere im Nominalwert v.		RM. 27000,—
Anleiheablösungsschuld (Reichsschuldbuch)		6075,—
Sparbuch Wernigerode		173,22
Kassenbestand 1. 1. 1933		8936,—
		RM. 42184,22

Naumburg a. d. Saale, 22. 2. 1933.

gez. *M. Laehr.*

Der vorstehende Bericht und die Vermögensaufstellung sind nach den Bankausweisen und dem Sparkassenbuch geprüft und mit diesen in Übereinstimmung gefunden.

Bad Kösen, den 12. Mai 1933.

gez. Walther Haedicke
Preuß. Staatsforstmeister i. R.

Naumburg/Saale, den 18. Mai 1933.
gez. Wilhelm Märker, Schulrat.

Abschluß

der Kasse des Deutschen Vereins für Psychiatrie vom 31. März 1933.

Bestand am 1. April 1932		RM. 3139.85
Einnahmen:		
1. Mitgliederbeiträge	RM. 3443.48	
2. Zinsen	281.82	
	Gesamteinnahme	RM. 6865.15

Ausgaben:

1.	Vorstands- u. Kommissionssitzungen	RM. 1018.10	
2.	Tagung Bonn	360.25	
3.	Zur Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten (Deutsche Forschungsanstalt München)	1500.—	
4.	Drucksachen	507.12	
5.	Gerichtsgebühren u. Bankspesen	51.60	
6.	Portoauslagen u. Schreibgebühren	558.17	
7.	Verschiedenes	25.05	4020.29
		bleibt Bestand	RM. 2844.86

Der Bestand setzt sich zusammen aus:

1.	Konto bei der Dresdner Bank Hann.-Münden	RM. 2192.22
2.	in bar	652.64
		RM. 2844.86

Außerdem befinden sich im Depot der Dresdner Bank:

1.	Dt. Reichsanleihe Auslos. Scheine + 1/5 Anleihe Ablös. Schuld	RM. 687.50
2.	5% landschaftl. Central Liqu. Goldpfandbriefe	1100.—
3.	5% dergl.	70.—
4.	dergl. Anteilscheine + Rat. Scheine Nr. 3 + 4	10.—
5.	7½% Preuß. Central Bod. Credit Goldpfandbriefe	5000.—

Hedemünden, den 1. April 1933

gez. Prof. *Eichelberg*.

Die Richtigkeit bescheinigt:

gez. Prof. Dr. *Fleck* 12. IV. 1933.
gez. Dr. *Fröhlich* 13. 4. 1933.

Der Jahresbeitrag des Vereins wird auch in diesem Jahr auf 5 M. festgestellt; einzusenden an die Dresdner Bank in Hannover-Münden, Postscheckkonto 42050 beim Postscheckamt Hannover — auf das Konto des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Für die Deutsche Forschungsanstalt wird auch diesmal ein Jahresbeitrag für 1500 ausgesetzt.

Aus der Heinrich-Laehr-Stiftung werden 500 M. für eine Preisarbeit reserviert, als deren Thema der Vorstand: »Das Häufigkeitsverhältnis von ererbtem und nicht vererbtem Schwachsinn des frühen Kindesalters« vorschlägt; die Versammlung stimmt zu. Bewerbungsarbeiten sind unter einem Kennwort anonym bis zum 1. April 1934 einzureichen an Dr. G. *Ilberg* in Dresden, Schubertstraße 41; der Name des Verfassers ist in einem dasselbe Kennwort tragenden geschlossenen Kuvert zu geben. Nur Vereinsmitglieder dürfen sich bewerben. Veröffentlichung der preisgekrönten Arbeit in der Allg. Z. für Psych. bleibt vorbehalten. Preisrichter sind die Vorstandsmitglieder, die eventuell noch weitere Vereinsmitglieder zur Beurteilung heranziehen können.

Als Versammlungsort für 1934 hat der Vorstand Greifswald bzw. Stralsund[1]), als Zeit die Pfingstwoche, als Referententhematas: 1. Eugenik und Psychiatrie, Referent *Bumke* bzw. *Beringer* und 2. Encephalographie in Psychiatrie und Hirnpathologie, Referent *Jacobi* bestimmt. Vorträge sind bis Mitte März 1934 dem unterzeichneten Schriftführer anzumelden.

Zufolge des Beschlusses, daß über die Statistik der Geisteskrankheiten auf der diesjährigen Versammlung auf Grund der bisherigen Erfahrungen und eingehenden Kommissionsberatung Entschließung gefaßt werden solle, wurde das nachstehende Diagnosenschema, das sich nur wenig von der an vielen Anstalten und Kliniken bereits eingeführten Statistik unterscheidet, angenommen:

1. Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände (Idiotie und Imbezillität): a) ohne nachweisbare Ursache, b) infolge von nachgewiesenen Gehirnschädigungen, c) Kretinismus. 2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung): a) akute traumatische Psychosen (Kommotionspsychosen), b) traumatische Folgezustände (epileptische Wesensveränderung usw.). 3. Progressive Paralyse. 4. Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes. 5. Encephalitis epidemica. 6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters: a) arteriosklerotische Formen (einschließlich der genuinen Hypertonie), b) präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder), c) senile Formen, d) andere Formen (Alzheimer, Pick usw.). 7. Huntingtonsche Chorea. 8. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (Tumor, multiple Sklerose usw.). 9. Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien (»symptomatische Psychosen« im engeren Sinne): a) bei Infektionskrankheiten (einschließlich Chorea minor), b) bei Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Kachexien (Erkrankungen der Kreislauforgane, Intestinalerkrankungen, Diabetes, Urämie und Eklampsie, Anämien, Carcinose, Pellagra usw.), c) bei Basedow, Myxödem, Tetanie und anderen endokrinen Erkrankungen, d) symptomatische Psychosen im Puerperium und während der Lactation. 10. Alkoholismus: a) Rauschzustände, b) chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.), c) Delirium tremens und Halluzinose, d) Korssakowsche Psychose (Polioencephalitis haemorrhagica). 11. Suchten (Morphinismus, Cocainismus usw.). 12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd usw. 13. a) Epilepsie ohne nachweisbare Ursache, b) syptomatische Epilepsie (soweit nicht in einer anderen Gruppe aufzuführen). 14. Schizophrener Formenkreis. 15. Manisch-depressiver Formenkreis: a) manische und depressive Phasen, b) hyperthyme, dysthyme und cyclothyme Konstitution. 16. Psychopathische Persönlichkeiten. 17. Abnorme Reaktionen: a) paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen (Querulantenwahn u. ähnl.), b) depressive

---

[1]) Nachträglich wurde beschlossen, die nächste Versammlung in Münster (Westfalen) und zwar vom 23. bis 25. Mai abzuhalten. Als weitere Referatenthemata's sind vorgesehen: 3. Psychiatrie und Rassenhygiene, Referent *Rüdin* und 4. der Aufbau der Persönlichkeit in der Psychotherapie, Referent *Kretschmer*.



Reaktionen, welche nicht unter 15a fallen, c) Haftreaktionen, d) Rentenneurose, e) andere psychogene Reaktionen, f) induziertes Irresein. 18. Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres). 19. Ungeklärte Fälle. 20. Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen. 21. Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen. — Von diesen Krankheitsformen soll übersichtlich angegeben werden: Bestand am 1. I. männlich, weiblich, zusammen. Zugang insgesamt, m., w., zs., Zugang abzüglich der Verlegungen aus anderen Anstalten, m., w., zs., ferner wieviel unter den Zugängen Kranke sind, welche überhaupt zum erstenmal aufgenommen wurden, m., w., zs., Abgang insgesamt, m., w., zs., Abgang abzüglich der Verlegungen in andere Anstalten, m., w., zs., endlich die Zahl der Todesfälle, m., w., zs. und Bestand am Ende des Jahres, m., w., zs.

Da das Reich mangels verfügbarer Mittel eine wissenschaftliche Statistik zurzeit nicht bearbeiten kann, diese aber unbedingt nötig ist und nach einem einheitlichen Schema geführt werden muß, will sich der Deutsche Verein für Psychiatrie mit Hilfe der Heinrich-Laehr-Stiftung bis auf weiteres dieser Aufgabe unterziehen. Herr Anstaltsdirektor *Nitsche*-Sonnenstein hat sich bereit erklärt, die Zusammenstellung, welche in der Allg. Z. Psychiatr. veröffentlicht werden soll, zu übernehmen. Alle Kliniken und Anstalten werden gebeten, ihre Statistik an den Genannten nach Pirna (Sächsische Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein) alljährlich bis zum 1. III. einzusenden. Zwei Formulare werden alsbald zugesandt werden; weitere Exemplare können von der genannten Anstalt gegen geringe Vergütung bezogen werden.

Vom 21. April mittags ab führte Herr *Spielmeyer* den Vorsitz, der am Schluß der Versammlung den Referenten und Vortragenden dankte. —

Den Teilnehmern und ihren Damen wurde Gelegenheit geboten, die zahlreichen künstlerischen und historischen Sehenswürdigkeiten von Würzburg in Augenschein zu nehmen. Ein Ausflug mit Verkehrsauto führte am 22. April eine Anzahl von Mitgliedern nach Rothenburg o. T., Creglingen, Weihenstein, Bad Mergentheim und Stuppach (Madonna von Grünewald).

Nach Eigenberichten und Protokollen zusammengestellt von

G. Ilberg-Dresden.

---

8. Jahresversammlung der südostdeutschen Psychiater und Neurologen am 4. und 5. März in Breslau.

Anwesend: *Altenburger* (Breslau); *Baege* (Leubus); *Berliner* (Obernigk); *Beyer, Bielschowsky* (Breslau); *Bloch* (Ratibor); *Bry, Chotzen, Cosack* (Breslau); *Dodillet* (Bunzlau); *S. Fischer* (Breslau); *Fischer* (Ratibor); *O. Foerster, Freiberg, Gagel, F. Georgi, Goldberg, W. Groß, E. Guttmann, L. Guttmann* (Breslau); *Häfner* (Bunzlau); *Haenisch, Hausdörfer* (Breslau); *Heilmann* (Bunzlau); *Hirschberg, Jaeger, Kampf, Kasperek* (Breslau); *Klimke* (Lüben); *P. Köbisch* (Obernigk); *Krauß* (Görlitz); *Krömer, Kroll* (Breslau); *Kuhnert* (Lüben); *Kuttner* (Breslau); *Kuttner* (Liegnitz); *Fr.*

Lange, J. Lange, K. Lange (Breslau); *Lokay* (Tost); *Luhs, Mann, Mathias, Meyer-Blaauw* (Breslau); *J. Nanny* (Lüben); *C. Neißer, Nikolauer, Preißner, Reich, Rosenthal, von Rottkay* (Breslau); *Seemann* (Leubus); *M. Serog* (Breslau); *Schinke* (Tost); *Schütze* (Breslau); *Schweinburg* (Zuckmantel); *Stark* (Breslau); *Töppich* (Lüben); *Urbanietz* (Brieg); *Wagner* (Breslau); *Weinreich* (Scheibe b. Glatz); *Weise* (Breslau); *Weißenfeld* (Bunzlau); *Werner* (Mähr. Ostrau); *Wilcke* (Lüben); *Winterstein, Wolff* (Breslau); *Zador* (Greifswald).

J. Lange begrüßt die Versammlung und gedenkt des im Berichtsjahr verstorbenen Mitglieds: Herrn Geh. Sanitätsrat *Freund* (Breslau):

Folgende Vorträge wurden gehalten:

1. Herr *Zador:* Über Haltungsreflexe und Störungen der Stellfunktionen bei einer posttraumatischen Hirnstammaffektion.

2. *Reich*-Breslau: Mißbildung des Hirnstammes?

Vortr. beobachtete am Gehirn eines 82 jähr. Mannes ein abnormes Basalbündel, den sogenannten »Fasciculus arcuatus«. Das nur links vorhandene Bündel zeigte den typischen Verlauf: unter der Brücke hervortretend, verlief es auf der Pyramide bis etwa zur Olivenmitte, bog nahezu rechtwinklig um, überkreuzte die Olive und senkte sich nach einer zweiten, wiederum aufwärts gerichteten Biegung in den Strickkörper ein. Der Fasciculus arcuatus ist von *Schaffer* und seinen Schülern sehr häufig beobachtet worden und wird mit andern pontobulbären Bündeln von ihm als dem Normalbilde des Rhombencephalon zugehörig angesehen. Im Gegensatze dazu scheint das Bündel, wie Vortr. durch persönliche Nachfragen sowie aus der Literatur festgestellt hat, in Mittel- und Westeuropa nur selten vorzukommen. Der Gedanke, daß Rassenunterschiede im Spiele sein könnten, scheint durch eine Arbeit von *Fuse* bestätigt zu werden, der unter 200 japanischen Gehirnen 91 mal abnorme Basalbündel fand, was bei der Beziehung der Ungarn zur mongolischen Völkerfamilie Beachtung verdient. Ziemlich häufig fand sich der Fasciculus arcuatus nach *Elliot Smith* bei Türken, Ägyptern und Sudanesen. Der Ursprung des Bündels ist nach *Schaffer* die Pyramidenbahn (Entartung bei absteigenden Pyramidenbahnerkrankungen, Gleichzeitigkeit der Markreifung); als Endstation betrachtet er auf Grund des Verlaufs im Strickkörper und zweier Beobachtungen am Tiere die Kleinhirnrinde. Das Bündel bedeutet für ihn eine »cerebellare Pyramide« und leitet tonisierende Impulse zum Kleinhirn. Auf Grund des bei manchen Völkern häufigen Vorkommens glaubt Vortr. die Auffassung des Bündels als Mißbildung ablehnen zu sollen; es handelt sich vielmehr um eine Varietät. Bei Tieren (162 Säugergehirne) konnte Vortr. nur in wenigen Fällen Andeutungen abnormer Basalbündel feststellen.

Aussprache: *Matthias:* Die Einseitigkeit der erwähnten Mißbildung ist in der allgemeinen Lehre von den Mißbildungen sowohl bei symmetrischen, wie bei paarigen Organen wohl bekannt, aber nicht ihrem Wesen nach verständlich. Sie zeigt sich unter anderem, um ein allgemein geläufiges Beispiel zu erwähnen, auch bei den Abnormitäten der Ohrform. Das sog. tuberculum Darwini kommt gar nicht selten einseitig vor.

Lange, Reich.

3. *Foerster* u. *Gagel:* Syphilitische amyotrophische Lateralsklerose (erscheint a. O.).

4. *Hugo Stark*-Breslau: Endokriner Krankheitszustand hysterischen Gepräges.

Im Juni 1932 besuchte eine 26jährige junge Frau die Sprechstunde mit folgender charakteristischen fast banal zu nennenden Anamnese. Sie wird von ihrem Mann, der irgend einen organischen Krankheitszustand, wahrscheinlich eine Syphilis, überstanden hat und offenbar impotent ist, seit Monaten vernachlässigt, fühlt sich sehr allein und hat keine rechte Freude und Abwechslung. Sie hat ihr Geschick aber mit Ergebung getragen bis zu dem Augenblick wo ein Bekannter ihres Mannes ihr einen durchaus unzweideutigen Antrag machte. Sie wies diesen Antrag aus Pflichtbewußtsein zurück. Seither aber ist sie krank. Immer zu Beginn der Menses und dann, wenn ihr Ehemann sie körperlich berührt, bekommt sie Anfälle, die folgendermaßen verlaufen. Lauter Initialschrei, der rasch in lautes Weinen und schließlich in leises Wimmern übergeht, Aufbäumen und Hirnstürzen mit deutlichem Opisthotonus, starkes Umsichschlagen, erhaltenes Bewußtsein. Nach diesen 5—15 Minuten dauernden Anfällen Ermattung, Depressionszustand bei sonst völliger Klarheit. Ein solcher Anfall konnte ärztlich beobachtet werden, als die Kranke gelegentlich in Begleitung ihres Ehemannes beim Arzt erschien, sich bei Mitteilung ihrer Erkrankungs-Symptome in starke Erregung hineinredete, die der Ehemann durch Streicheln der Wange zu besänftigen versuchte. Unmittelbar darauf ein Anfall von eben beschriebenem Typus.

Auf Grund der Anamnese und der Anfallsbeobachtung erschien die Diagnose einer psychogenen Störung ohne weiteres berechtigt und ebenso die Empfehlung einer tiefenpsychologischen Behandlung. Es gelang ohne Schwierigkeit, mit der Kranken in einen sehr guten Kontakt zu kommen und ebenso war es ein Leichtes, eine Reihe von Komplexen aufzudecken: Die Kranke wurde unter der Behandlung sichtlich freier, sie fühlte sich besser, ihre allgemein infolge des Krankheitsbewußtseins gedrückte Stimmungslage besserte sich — aber die Kardinalsymptome der Erkrankung, deretwegen der Arzt aufgesucht worden war, nämlich die Anfälle, blieben völlig unbeeinflußt. Die Behandlung wurde mehrere Monate fortgesetzt, von der Überzeugung ausgehend, daß solche schweren psychischen Traumen sich nicht in kurzer Zeit beeinflussen ließen, und sie hätten vielleicht noch mehrere Monate gedauert, wenn nicht nach etwa 3—4monatiger Behandlung eine zweite Patientin erschienen wäre, deren Anamnese fast ein Spiegelbild, ein Pendant, der ersten war. Auch hier handelt es sich um eine junge Frau, deren Mann fast dauernd verreist war und seine Geschäftsreisen sicher auch zu anderen Zwecken benutzte, als sein Beruf es verlangte, wie die Frau schließen konnte z. B. aus Gasthofsrechnungen, die sie im Gepäck ihres Mannes fand, wo über Zweibettzimmer quittiert wurde. Schließlich machte auch der Mann von sich aus keinen Hehl daraus, daß er andere Wege ging. Die Pat. hatte das hingenommen. Eines Tages hatte ihr Tennispartner, dem die Allüren des Gatten bekannt waren, ihr so beiläufig gesagt, er an ihrer Stelle würde dem Manne nach Strich und Faden die Hörner aufsetzen. Seither so gab die Pat. an, litt sie an Anfällen: Zu Beginn der Periode stellten sich gewöhnlich Zustände ein, in denen sie bei vollem Bewußtsein mit lautem Schrei zusammenstürzte, mit Armen und Beinen um sich schlug, dabei weinte, um schließlich nach einer etwa 10minutigen Anfallsdauer erschöpft liegen zu bleiben. Diese Anfälle wiederholten sich, wenn der erste eingetreten war, gewöhnlich

noch 4—5mal, dann gab es einige Wochen Ruhe. Auch hier lag es nahe, eine psychogene Erkrankung zu konstatieren, wenn nicht die auffällige Übereinstimmung der beiden Krankengeschichten stutzig gemacht hätten. Daß zwei Patientinnen so absolut gleiche Symptome bieten sollten auf Grund psychischen Geschehens und nur psychischen Geschehens, das schien nicht recht einleuchtend, insbesondere, da diese Anfälle auch eintraten, wenn die Patientinnen ganz allein waren. Bei der nochmaligen vergleichenden Durchsicht beider Krankengeschichten und der im Anschluß daran nochmals vorgenommenen Untersuchung ergaben sich einige Auffälligkeiten, an denen man sonst sehr leicht vorbeigegangen wäre, an denen auch ich anfangs vorbeigegangen war und die ich wahrscheinlich in einer Reihe von anderen Fällen nicht allzu sehr berücksichtigt habe: Beide Patientinnen gaben übereinstimmend Oligomenorrhoe an, beide Patientinnen hatten eine Verdickung des Halses bemerkt, bei der einen Patientin fiel auf, daß Nase und Lippen wulstige Verdickung zeigten, was sich durch Besichtigung einer zwei Jahre alten Photographie als neuerliches Symptom feststellen ließ und schließlich zeigte die andere der beiden Patientinnen eine Herabsetzung des Grundumsatzes um 14%. Auf Grund dieser Symptomengruppierung wurde eine endokrine Therapie versucht, und zwar kam in dem einen Falle das Horpan der sächsischen Serumwerke, in dem anderen Falle das Prolan der I. G. Farben intramuskulär zur Anwendung. Nach in dem einen Falle 10, in dem anderen Falle 12 Injektionen war die Anfallsstörung bei beiden Erkrankten verschwunden.

Wenn wir bis hierhin die Entwicklung der Erkrankung beider Patientinnen verfolgen und uns fragen, ob ein exakter Beweis für die drüsenbedingte Genese der Zustandsbilder geliefert worden ist, so müssen wir das verneinen. Insbesondere wird man nicht als sicher annehmen können, daß es sich bei der erfolgreichen Therapie um eine endokrine Wirkung gehandelt hat. Man müßte zum mindesten die Möglichkeit diskutieren, ob es nicht auch bei der Spritzbehandlung eine psychotherapeutische Einwirkung gewesen ist, die einfach als besonders einschneidende Maßnahme das psychische Geschehen bei beiden Kranken besonders intensiv beeinflußt hat. Bei Abwägung aller Imponderabilien, die dem behandelnden Arzt am besten bekannt sind, möchte ich eine wesentliche psychische Komponente in dieser Spritzbehandlung nicht annehmen, wobei ich mich auf die oben genannten Befunde, welche eine endokrine Beteiligung nahelegen, ebenso stützen möchte, wie auf die Überzeugung, daß die Intensität der psychotherapeutischen Behandlung im ersten Falle derart war, daß sie einen Erfolg hätte zeitigen müssen, wenn er vom Psychischen her überhaupt erreichbar war. Es muß aber zugegeben werden, daß ein völlig befriedigender Beweis dafür nicht gegeben werden kann.

In beiden Fällen war beabsichtigt, nach der Spritzkur noch eine Tablettenkur mit Präphyson oder Präloban durchzuführen. Das geschah aber nur in dem einen Falle, in dem andern, dem zweiten oben geschilderten, wurde ein Thyreoidea-Präparat gegeben, wobei ärztlich die Absicht bestand, die Schilddrüsenvergrößerung, die mit niedrigem Blutdruck und trockener schwammiger Hautveränderung einherging, also offenbar nicht hyperthyreotischer Natur war, zu beeinflussen. Der Erfolg in diesem letzten Falle war durchaus betrüblich, innerhalb weniger Wochen stellte sich der alte Symptomenkomplex der Anfälle wieder ein, während in dem anderen Falle der

Zustand stationär blieb und es auch noch heute ist. Eine erneute Prolanspritzkur in dem verschlechterten ersten Falle hatte alsbald Aufhören der Anfälle im Gefolge.

Die seltsame Entwicklung dieses einen Falles sagt schon etwas mehr als vorher, unter Berücksichtigung der Tatsache, daß bereits damals alles sorgfältig vermieden wurde, was den Wechsel der Behandlungsform zu einer psychisch wirksamen Komponente hätte werden lassen.

Diesen beiden bezüglich des therapeutischen Erfolges erfreulichen Fällen läßt sich noch ein dritter hinzufügen mit ähnlicher Symptomengruppierung, der sich etwa folgendermaßen darstellt. Eine Patientin, sehr tüchtige Hausfrau, Gattin eines Potators, der sich viel umhertrieb, reagierte auf jeden Versuch ihres Mannes, sich sexuell ihr zu nähern, mit einer Neigung zum Umherwandern. Sie lief manchmal stundenweise in der Stadt umher. Sie zeigte bereits bei der ersten Untersuchung Symptome, die eine endokrine Störung nahelegten: Abgesehen davon daß sie ihrem Alter nach der Menopause sehr nahe war, hatte sie innerhalb der letzten Jahre außerordentlich an Gewicht zugenommen und klagte damals bereits über Zustände, die den Verdacht auf eine organische Anfallsneigung aufkommen ließen. Auch dieser Patientin ist es unter Horpan vorübergehend besser gegangen, später aber hat sie jede ärztliche Behandlung beiseite gelassen und hat jetzt sichere epileptische Anfälle. Auch bei ihr besteht eine Herabsetzung des Grundumsatzwertes.

Es fragt sich nun, ob es eine Möglichkeit gibt, den Anfallstypus, den wir oben beschrieben haben, aus der Gemeinschaft anderer psychogener Störungen herauszuheben oder gar als organisch abzusondern. Mir erscheint es schwer möglich. Auf der andern Seite aber müßte man sich fragen, ob nicht auch eine banale hysterische Störung zu ihrer Manifestation eine endokrine pathologische Grundlage braucht, ohne welche eben eine solche psychogene Störung nicht entstehen kann. Vielleicht aber ist zu mindestens ein Teil der Erkrankungen, die wir als psychogen zu bezeichnen und zu diagnostizieren gewohnt sind, mit einem solchen Mechanismus zu erklären. Es kann nicht die Aufgabe eines Beobachters sein, auf Grund von drei Fällen eine Entscheidung zu treffen, wohl aber kann eine solche Beobachtung Anlaß dazu sein, noch genauer als bisher in ähnlich gelagerten Fällen auf endokrine Mitbeteiligung acht zu geben, welche Konsequenzen eine sorgfältige Beobachtung und Sammlung solcher Fälle haben kann, möchte ich nur andeuten. Vielleicht kommt man eines Tages zu einer Humoralpathologie oder Endokrinologie hysterischer Zustandsbilder.

5. *L. Guttmann:* Cerebrale Komplikationen bei Thrombangiitis obliterans (erscheint a. O.).

6. *F. Georgi:* Zur Pathogenese und Therapie des manisch-depressiven Irreseins.

Auf Grund der von dem Vortragenden seit sechs Jahren systematisch durchgeführten Stoffwechseluntersuchungen bei Depressiven aller Art sowie bei Manischen kann heute folgendes festgehalten werden. 1. Unter allen Stoffwechselstörungen über die beim Manisch-depressiven berichtet wurde, stehen die des Cholesterinstoffwechsels an erster Stelle. Dabei zeigt der Stoffwechsel Manisch-depressiver im Gegensatz zu den Verhältnissen bei Gesunden eine außerordentliche Labilität; bei dem gleichen Kranken wer-

den ohne äußerlich erkennbare Ursache die verschiedensten Cholesterinwerte, die mitunter ungewöhnliche Höhen erreichen können, angetroffen. 2. Im Gegensatz zu Gesunden ist beim Depressiven in der Mehrzahl der Fälle eine schwere Regulationsstörung nach Belastung mit Cholesterin zu beobachten.

Es konnte festgestellt werden, daß die oben erwähnten Stoffwechselstörungen auf einer fehlerhaften innersekretorischen Steuerung beruhen. Es gelang den Steuerungsmechanismus mittels bestimmter Drüsen-Präparate zu korrigieren und damit gleichzeitig einen beachtlichen therapeutischen Effekt bezüglich des psychischen Zustandsbildes zu erzielen.

Ausgedehnte Erfahrungen wurden mit dem von Schmitz dargestellten Nebennierenprodukten gemacht. 40 Patienten wurden größtenteils mit sichtbarem Effekt behandelt. In besonderen Versuchen mit *Hausdörfer* wurde festgestellt, daß die erzielten Erfolge im Sinne einer Substitutionstherapie zu deuten sind.

Weiterhin stellten *O. Fischer* und der Vortragende Untersuchungen mit Produkten aus Tränendrüsen an. Diese Versuche nahmen ihren Ausgangspunkt von der Überlegung, daß bei der psychischen Tränensekretion neben einer äußeren auch eine innere Sekretion vorhanden sein müsse. Diese innere Sekretion dürfte vor allem bei den schwer Depressiven, die bekanntlich häufig zu einer psychischen Tränensekretion nicht mehr fähig sind, ebenfalls zum Erliegen kommen. Die therapeutischen Erfolge haben diese Überlegungen insofern bestätigt, als es durch intramusculäre Gaben bestimmter Tränendrüsenprodukte nicht nur gelang den gestörten Cholesterinstoffwechsel Depressiver zu regulieren, sondern darüber hinaus das depressive Zustandbild im günstigen Sinne zu beeinflussen. Über diese Versuche wird von *O. Fischer* und dem Vortragenden andernorts ausführlich berichtet werden.

7. *C. Rosenthal:* Aphonogelia (erscheint a. O.).

8. *Kroll:* Krampf- u. Schlafstoffe krampfender u. schlafender Tiere (erscheint a. O.).

9. *Reischauer* u. *Hausdörfer:* Plexusverkalkung.

a) *Hausdörfer:* Vorliegender Fall beansprucht vielleicht insofern Interesse, als der pathologische Befund außergewöhnlich ausgeprägt ist — wie ihn selbst *Löw-Beer* in seiner zusammenfassenden Darstellung über »intrakranielle Verkalkungen im Röntgenbilde« nicht aufzuweisen hatte. Weiteres Interesse beansprucht der Fall deshalb, weil er Anlaß zu einer Fehlbeurteilung gegeben hat, bis schließlich sowohl von der Chirurgischen als auch von der hiesigen Klinik gutachtlich der Sachverhalt eindeutig geklärt werden konnte. Es handelt sich im vorliegenden Falle um einen jetzt 59 jährigen Stellenbesitzer, den wir vor einem Jahr wegen postcommotioneller Beschwerden zu begutachten hatten. Die Unfallsvorgänge möchte ich nur streifen. Der betreffende K. stürzte am 1. 10. 1928 von einem Wagen, wobei er sich blutende, oberflächliche Hautverletzungen am Kopfe und der linken Körperseite zuzog. Außerdem soll eine Kontusion der linken Schulter und der Kreuzbeingegend bestanden haben. K. mußte besinnungslos weggetragen werden. Die Wundheilung verlief komplikationslos. Wegen Klagen über Nervosität, Vergeßlichkeit und Kopfschmerzen wurde dem K. zunächst eine Rente von 20% zugebilligt. Neun Monate nach dem Unfall setzte der Rentenkampf ein. K. klagte über Kopfschmerzen und Schwindelzustände, und obwohl der Gut-



achter außer leichten neurasthenischen Anzeichen sonst keinen krankhaften neurologischen Befund erheben konnte, schätzte er die E. M. auch unter der Annahme einer Aggravation auf 40%. Inzwischen vermehrte K. seine Klagen, indem er Sehstörungen in den Vordergrund stellte. Spezialärztlich konnte nur ein vollkommen normaler Befund erhoben werden. Auch bei den folgenden Untersuchungen konnten krankhafte neurologische Veränderungen ausgeschlossen werden.

Schließlich wurde dann die Begutachtung durch die hiesige Klinik veranlaßt. Bei seiner Aufnahme klagte K. im wesentlichen über dauernde Kopfschmerzen und großes Schwächegefühl. Irgendwelche Schwächeerscheinungen oder auch nur Andeutungen für entsprechende subjektive Empfindungen konnten wir jedoch objektiv niemals beobachten. Wir sahen einen sehr kräftig gebauten, etwas untermittelgroßen Mann von pyknischem Habitus in ausgezeichnetem Ernährungszustande, der einen sehr frischen und durchaus keinen krankhaften Eindruck machte. Bei der Untersuchung fanden wir in der Mitte des Vorderhauptes als Verletzungsfolge eine reizlose 4 cm lange, schmale Narbe, die nicht mit der Unterfläche verwachsen war; der darunter befindliche Knochen war glatt. An der rechten Kopfseite fanden wir noch eine kleinere reizlose Narbe. Dies waren die einzigen Zeichen, die als Unfallsfolgen greifbar waren. Krankhafte Veränderungen an den inneren Organen waren nicht nachweisbar. Der Blutdruck war etwas erhöht. Die Untersuchung der Körperflüssigkeiten wie Urin, Blut und Rückenmarksflüssigkeit ergab keinen Anhalt für die von K. geklagten Beschwerden. Eine Stoffwechseluntersuchung erwies normalen Grundumsatz und keine Veränderung der spezifisch dynamischen Eiweißwirkung. Über die seinerzeitigen röntgenologischen Feststellungen wird nachher Herr Dr. *Reischauer* berichten. Es sei vorausgeschickt, daß wir am Schädelskelett keine Verletzungsfolgen nachweisen konnten. Neurologisch fanden wir trotz genauester Untersuchungen keinen Anhalt für Veränderungen am Zentral-Nervensystem. Auf das seelische Zustandsbild näher einzugehen, würde in dem vorliegenden Rahmen zu weit führen. Wir stellten einige seelische Auffälligkeiten fest, für die wir Rückbildungserscheinungen und beginnende arteriosklerotische Veränderungen verantwortlich machen mußten. Diese seelischen Auffälligkeiten konnten mit Unfallsfolgen in keinen Zusammenhang gebracht werden.

Wir stellen also zusammenfassend fest, daß wir bei K., abgesehen von den reizlosen Hautnarben, keine körperlichen oder seelischen Unfallsfolgen nachweisen konnten. Im Verlaufe der Beobachtung war es verhältnismäßig leicht, die vorgebrachten Klagen im Sinne einer Zweckreaktion infolge einer rentenneurotischen Wunscheinstellung zu deuten. Da seit dem Unfalle inzwischen eine Frist von 2 Jahren und 4 Monaten verstrichen war, hielten wir die postcommotionellen Beschwerden für abgeklungen und den K. in Anbetracht seiner sonstigen körperlichen Frische für voll arbeitsfähig.

K. gab sich jedoch mit dieser Entscheidung nicht zufrieden, und der Rentenkampf ging weiter. Er ließ sich weiter ärztlich behandeln, hielt sich demonstrativ von Versammlungen und Geselligkeiten fern, kurz und gut, er hielt seine Zweckdemonstrationen weiter aufrecht. Der Vorgutachter, in dessen Behandlung sich K. begeben hatte, sah sich veranlaßt, die röntgenologischen Feststellungen der Chirurgischen Klinik nachzuprüfen. Leider unterlief hierbei ein Fehler — der zu einer irrtümlichen Diagnosestellung führte und leider nur geeignet war, den K. in seiner rentenneurotischen Ein-

stellung zu festigen. Ohne Herrn Dr. *Reischauer* vorgreifen zu wollen, kann ich schon jetzt mitteilen, daß der chirurgische Fachkollege, der auf Wunsch des den K. behandelnden Neurologen die röntgenologische Untersuchung anstellte, nur eine Seitenaufnahme des Schädels machte. Auch bei einer Kontrolluntersuchung wurde verabsäumt, die übliche antoposteriore Aufnahme anzufertigen. Im Grunde genommen wurden die gleichen Veränderungen festgestellt wie in der Breslauer Chirurgischen Klinik, freilich war die Deutung eine sehr abweichende. Während die Breslauer Chirurgische Klinik und wir den Röntgenbefund als nicht pathologisch auffaßten, beurteilte ihn der vorhin erwähnte chirurgische Fachkollege als Ausdruck eines schweren traumatischen Ereignisses, das von ihm als direkte Unfallsfolge aufgefaßt wurde. Der Neurologe machte sich diese Beurteilung zu eigen und ging wohl darüber noch hinaus und bezeichnete das Urteil der Klinik als völlig verfehlt. Entsprechend der von ihm vertretenen Auffassung erachtete er daraufhin die E.M. bei K. um 50% beeinträchtigt, obwohl auch dieser Arzt, wie nochmals besonders betont werden muß, sich in seinem Urteil auf krankhafte neurologische Zeichen sonst nicht stützen konnte. Die außerordentliche Divergenz in der Beurteilung des K. war der die Begutachtung veranlassenden Berufsgenossenschaft so auffällig, daß sie die Klinik nochmals um gutachtliche Stellungnahme zu den letztgeschilderten Urteilen aufforderte. In welcher Weise wir dann gemeinsam mit der Chirurgischen Klinik den Sachverhalt richtig stellten, wird Herr Dr. *Reischauer* berichten. Seine Ausführungen erschienen uns so eindrucksvoll und insbesondere auch für die gutachtliche Sachverständigentätigkeit so wichtig, daß wir hoffen, daß der vorgestellte Fall auch für Sie von Interesse sein wird.

b) *Reischauer:* Demonstration des zugehörigen röntgenologischen Befundes. Es handelte sich um eine außergewöhnlich deutliche Kalkimprägnation der beiden am Übergang von Hinter- und Unterhorn der Seitenventrikel gelegenen Plexus chorioidei. Im Seitenbild des Schädels wurde ein sehr ungewöhnlicher Befund dadurch hervorgerufen, daß die beiden verkalkten Körper inkongruent ineinander projiziert waren als zwei sich teilweise überschneidende keulen- oder sichelförmige scharf abgegrenzte Schatten von je $2^1/_2$ cm Länge. Die Konvexität der Sichel war gegen das Hinterhaupt gerichtet. Die Schatten schwebten über den beiden Felsenbeinen im Zentrum der Schädelkapsel. Die gleichfalls verkalkte Epiphyse war wenig frontal davon sichtbar. Die Sagittalaufnahme klärte den Befund sofort, als die Abbildung der durch Kalkeinlagerung sichtbar gewordenen typisch gelegenen beiden Plexus auf. Hauchartige solche Kalkimprägnationen werden bei Betrachtung von Schädel-Stereo-Aufnahmen nicht selten gefunden. Stärkere Verkalkungen sind aber große Ausnahmen. Der vorliegende Fall zeigt einen noch hochgradigeren Befund als die von *Loew-Beer* abgebildete Beobachtung. Die Annahme *Schülers*, daß diese Plexusverkalkungen zwar an sich nicht pathologisch, aber bei pathologischen Hirnprozessen besonders oft zu finden sind, kann nicht anerkannt werden. Der Neurologe kann zwar leicht zu dieser Annahme kommen, die Befunde werden aber auch am chirurgischen Material frischer Fracturen röntgenologisch ebenso häufig beobachtet. Im vorliegenden Fall garantiert die Symmetrie der verkalkten Plexus zusammen mit der Medianlage des Epiphysenschattens normale Topographie wesentlicher Hirnabschnitte und ersetzt gewissermaßen ein Encephalogramm. In anderen Fällen der Literatur hat die Lagedifferenz der abgebildeten Plexus bei

Tumoren ohne Encephalogramm eine röntgenologische Beurteilung der gestörten Topographie zugelassen, ähnliches wie gleiches von der extramedianen Lage des Epiphysenschattens aus der Literatur bekannt ist.

Neben diesen diffusen Kalkimprägnationen kommen gleichfalls nicht eigentlich pathologische kuglige Kalkkörperbildungen gleicher Lage häufiger ein- als doppelseitig an den Ventrikelplexus vor, die selten Erbsengröße überschreiten. Sie sind sogar häufiger, als stärkere diffuse Kalkimprägnationen. Sie bestehen aus hyalinen Degenerationsprodukten von Gefäßwänden mit schlingenförmigen Kalkeinlagerungen, die von einer zarten Schalenbildung mit Endothelüberzug eingeschlossen werden. Ursache dieser Kalkkörperbildung ist noch nicht hinreichend geklärt. Als Echinokokken, wie in der Diskussion erwogen wird, können sie nicht angesehen werden. Ein Pathologicum stellen sie klinisch nicht dar.

10. *H. Cosack:* Über die rechtliche Einsichtsfähigkeit von Berufsschülern.

Anschließend an die Untersuchungen, die *S. Fischer* über die strafrechtliche Einsichtsfähigkeit siebzehnjähriger Gymnasiasten angestellt hat, wurden zum Vergleich 61 gleichaltrige Berufsschüler in derselben Weise geprüft. Die Jugendlichen wurden aufgefordert, die betrügerische Handlungsweise eines Siebzehnjährigen zu kritisieren. Der Prozentsatz der Berufsschüler, die das Ungesetzliche der Tat einsahen, war relativ gering, jedoch fast doppelt so hoch wie der entsprechende Prozentsatz der Gymnasiasten. Auch bei der Frage nach der Bennenung und Bestrafung der Tat ergab sich ein ähnliches Verhältnis. Obwohl die Ergebnisse in manchen Punkten von *Fischers* Ergebnissen abweichen, sind sie geeignet, das wesentliche Resultat zu unterstreichen: daß nämlich unter Zugrundelegung des gesamten Schülermaterials von 105 Schülern mehr als die Hälfte an unserem Test gemessen keine strafrechtliche Einsicht zeigten. (Ausführliche Mitteilung in der Zeitschrift für Kinderforschung.)

11. *J. Lange:* Alzheimersche Krankheit (s. Bericht im Archiv f. Psychiatrie).

Aussprache. *A. Beyer:* Die anatomische Untersuchung des von *Lange* mitgeteilten Falles konnte einen für Alzheimersche Krankheit typischen Befund erheben. Die Sektion ergab ein Gehirn von 1240 g Gewicht, das eine deutliche diffuse Atrophie fast sämtlicher Rindenbereiche aufwies, dagegen irgendwelche herdförmigen Veränderungen vermissen ließ. — Histologisch waren die typischen Merkmale des senilen bzw. praesenilen Hirnprozesses, die Alzheimersche Fibrillenerkrankung und die senilen Plaques, in reicher Ausprägung feststellbar. Wie an Hand mehrerer Diapositive aus verschiedenen Rindengebieten demonstriert wurde, fanden sich neben den außerordentlich zahlreich vorhandenen Plaques alle Formen der Fibrillenerkrankung vom Beginn der fibrillären Umwandlung bis zu dem restierenden, frei im Gewebe liegenden Fibrillenknäuel. Entsprechend dem Hinweis *Grünthals*, daß bestimmten Zelltypen auch vorwiegend bestimmte Typen der Fibrillenveränderung entsprechen, konnte auch im vorliegenden Falle im breiten Zellband des Ammonshornes ein von den bekannten Formen abweichender Typ fibrillärer Umwandlung aufgefunden werden, der durch eine mehr strähnige Anordnung der veränderten Fibrillen charakterisiert war und auch von anderen Untersuchern bisher nur an der gleichen Stelle beobachtet

worden ist. Neben dieser strähnigen Fibrillenumwandlung fand sich noch eine andere für den senilen Hirnprozeß charakteristische Zellerkrankung, die auch von *Alzheimer* beobachtet wurde und als »grobkörnige Degeneration« oder als »granulovacuoläre Zellveränderung« bekannt ist; es handelt sich dabei um vacuolenartige Aufhellungen in der Zelle, die je ein argentophiles Körnchen enthalten. Auch diese Zellveränderung ist nach *Grünthal* bisher nur im Ammonshorn gefunden worden.

Die Ausbreitung der Alzheimerschen Fibrillenerkrankung wie auch der senilen Plaques war im vorliegenden Falle eine ubiquitäre, wobei jedoch die Zahl der letzteren in den hinteren Hirnabschnitten (hintere Zentralwindung und Parieto-occipitalbereich) zu überwiegen schien, während in den basalen Ganglien und in der Molekularschicht des Kleinhirns Plaques nur in sehr geringer Zahl auffindbar waren. Im Nißlbilde zeigten die Ganglienzellen eine mehr gleichmäßige Verteilung der basophilen Substanz; der Kern war meist dunkel gefärbt. Andere Elemente waren auffallend blaß und offenbar in der Auflösung begriffen. Architekturstörungen mit deutlichen Lichtungen und entsprechender Gliavermehrung fanden sich außer im Stirnhirn besondern in der hinteren Zentralwindung sowie in den Windungen des Parieto-occipitalbereiches. Dem entsprach im Holzerbilde eine enorme Vermehrung der faserbildenden Glia. In ganz besonderer Häufung waren faserbildende Gliazellen in den tieferen Rindenschichten anzutreffen, wo sie in der nächsten Umgebung der Plaques lagen und diese mit dichten Faserfilzen umgaben. Die einzelnen Elemente erreichten dabei oft eine ganz enorme Mächtigkeit und zeigten außerordentlich breite und grobe protoplasmatische Fortsätze.

Zusammenfassend dürfen die hier vorgetragenen Befunde als für Alzheimersche Krankheit typisch bezeichnet werden. Wenngleich es auch im allgemeinen für den Anatomen schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist, allein auf Grund der anatomischen Veränderungen die Alzheimersche Krankheit von der senilen Demenz abzugrenzen, so erscheint es im vorliegenden Falle im Hinblick auf das klinisch-anatomische Gesamtbild berechtigt, die klinische Diagnose einer Alzheimerschen Krankheit als durch den anatomischen Befund bestätigt anzusehen.

12. *Weise:* Zur Frage des epileptischen Konstitutionstyps.

Verfasser geht von dem skeptischen Standpunkt aus, den *Gruhle* gegenüber der Frage des epileptischen Formenkreises einnimmt. Im Gegensatz zu diesem kommt er auf Grund eines bestimmten Epileptikermaterials der Breslauer Nervenklinik zu folgenden Ergebnissen: Er findet in der Blutsverwandtschaft von genuinen Epileptikern eine auffällige Häufigkeit von körperlichen und seelischen der Epilepsie nahestehenden Anomalien (wie Neigung zu Migräneanfällen oder anderen anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen mit reizbaren Verstimmungen, ferner Bettnässen, debile Anlage, schweres Schwangerschaftserbrechen oder ausgesprochen reizbare und unstete psychopathische Persönlichkeiten). Diese psychiatrische Erfahrung der nahen Beziehungen von ausgesprochenen genuinen Epileptikern und deren seelischen und körperlichen Eigentümlichkeiten zu den Anomalien des weiteren epileptischen Formenkreises hat er an dem einschlägigen Krankenmaterial aus der ambulanten Studentenpraxis auszuwerten gesucht. Er konnte bei solchen Kranken, die schon bei kurzer Exploration durch seelische dem epileptischen Charakter nahestehende Wesenszüge auffallen, aber selbst nicht als Epilep-

tiker aufgefaßt werden können, in der Blutsverwandtschaft neben ausgesprochenen Krampfkranken sowohl psychische als körperliche Anomalien feststellen, die ganz den Auffälligkeiten bei den Blutsverwandten der genuinen Epileptiker entsprechen. Diese Häufigkeitsbeziehung, die über das Vorkommen ähnlicher Anomalien bei der Durchschnittsbevölkerung und bei Probanden mit anderen seelischen Eigentümlichkeiten weit hinausgeht, gibt seines Erachtens die Berechtigung, die von ihm angeführten Kranken, auch wenn sie keine ausgesprochenen Krampfanfälle aufweisen, dem epileptischen Formenkreis zuzurechnen. Im allgemeinen weist das Ergebnis dieser Untersuchungen im Gegensatz zu der Skepsis von *Gruhle* darauf hin, daß über diese Frage noch nicht das letzte Wort gesprochen ist. Es scheint jedenfalls die Berechtigung vorzuliegen, mit der gebotenen Vorsicht eine Abgrenzung dieser Fälle gegenüber anderen psychiatrischen Formenkreisen zu versuchen.

13. *Erich Guttmann* und *Ernst Jokl.* Neurologisch-psychiatrische Beobachtungen an Boxern.

Der Niederschlag, der das Ziel des Boxkampfes darstellt, ist meist die Folge einer Bewußtseinsveränderung, die in der Mehrzahl der Fälle durch Schläge an das Kinn, an den Carotissinus oder in die Oberbauchgegend ausgelöst wird. Auch starke Kopftreffer wirken grundsätzlich gleich. Beim Kinn-k.o. stürzen die Boxer u. U. einfach zu Boden. Es folgt eine verschieden lange Bewußtlosigkeit, die sich bald schneller, bald langsamer aufhellt. Es zeigt sich später eine vollkommene Erinnerungslücke, zuweilen auch eine retrograde Amnesie, die sich mitunter auf den ganzen Kampf erstreckt. Der k.o.-Schlag auf den Carotissinus ist seltener. Seine Wirkung entspricht der des *Hering*schen Reflexes. Der Magenschlag kann zweierlei Wirkungen entfalten: einen plötzlich einsetzenden Verlust des Muskeltonus mit inspiratorischer Atemhemmung und weiterhin eine tiefe Bewußtlosigkeit durch Gefäßkollaps. Es gibt beim Boxen Zustände weitgehender Bewußtseinstrübungen, die die Sportsleute »groggy« nennen. Dabei sind die automatisch ablaufenden motorischen Funktionen intakt, aber der Zustand ist deutlich als pathologisch gekennzeichnet. Der Ringarzt sollte in solchen Augenblicken dem Kampf stoppen. Gelegentlich kommen flüchtige Lähmungen peripherer Nerven im Gefolge von Schlägen auf die typischen Nervenpunkte vor. Ein gefährlicher Schlag ist der »Rabbitpunch«, der Genicktreffer. In zwei Fällen stellten sich schwere Folgen ein: Einmal eine überaus ernste Com motio, gleichzeitig ein völliger Haarausfall. Im anderen Fall unmittelbar im Gefolge des Schlages das erste Auftreten eines typischen, generalisierten epileptischen Krampfanfalls. Seitdem besteht eine echte Epilepsie mit seltenen Anfällen.

Als mittelbare Kampffolgen gibt es häufig eigenartige Dämmerzustände, die unter Zurücklassung einer Amnesie abklingen. Solche Ereignisse können forensisch von Bedeutung sein. Der »normale« k.o. ist keineswegs ein völlig harmloses Ereignis, man findet am folgenden Tag zuweilen Nystagmus, Kopfschmerzen, Augenmuskelparesen, Sprach- und Gedächtnisstörungen u. ä. Selten kommen als Folgen des Kampfes Meningea-Blutungen mit allen klinisch bekannten Symptomen vor.

Ohne Zweifel gibt es Dauerveränderungen bei alten Boxern, die in der Fachsprache »weiche Birne« heißen. Dabei handelt es sich, wenn man von debilen und psychopathischen Individuen absieht, die erst nach einiger Zeit

sportlicher Betätigung auffallen, um echte organische Hirnveränderungen, die nicht selten zu einer typisch organischen Demenz führen. Darüber hinaus findet man bei solchen Boxern zahlreiche Herdsymptome, Reflexdifferenzen, coordinatorische Störungen und Sprachanomalien. (Erscheint ausführlich in der Münchn. med. Wschr.)

Zusammengestellt nach Eigenberichten von *F. Georgi* (Breslau).

Jahresversammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 25. Februar 1933 in Königsberg Pr.

Anwesend: *Baumm*-Königsberg, *Berg*-Allenberg, *Bostroem*-Königsberg, *Büchert*-Königsberg, *Christukat*-Königsberg, *Diegner*-Königsberg, *Friedlaender*-Königsberg, *George*-Allenberg, *Goetze*-Allenberg, *Goroncy*-Königsberg, *Gross*-Königsberg, *Haeseler*-Königsberg, *Hoffmann*-Königsberg, *Jacob*-Königsberg, *Jacobi*-Königsberg, *Jankowski*-Königsberg, *Jeßner*-Königsberg, *Kaiserling*-Königsberg, *Klieneberger*-Königsberg, *Knab*-Tapiau, *Langen*-Königsberg, *Ludwig*-Allenberg, *Mauß*-Königsberg, *Moser*-Königsberg, *Nippe*-Königsberg, *Nobbe*-Tapiau, *Paul*-Königsberg, *Powels*-Kortau, *Praetorius*-Königsberg, *Spiller*-Königsberg, *Stoeltzner*-Königsberg, *Tetz*-Königsberg, *Titius*-Allenberg, *Urban*-Königsberg.

Begrüßung durch den neuen Vorsitzenden, Professor *A. Bostroem*-Königsberg Pr.

Tagesordnung: *Baum*-Königsberg: Die Strukturänderung unseres Krankenbestandes vom Gesichtspunkt der sog. neuen Neurosenlehre.

Die Zahl der sog. sozialen Neurosen, die im Jahre 1926/27 unter den Kranken der Nervenabteilung der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle einen Höhepunkt (38%) erreicht hat, hat in den folgenden Jahren von Jahr zu Jahr ständig abgenommen und beträgt jetzt nur noch 12%. In dem gleichen Zeitabschnitt hat die Zahl der Kranken mit organisch-körperlichen Störungen entsprechend zugenommen. Es ist hieraus zu schließen, daß die geschlossene Ablehnung, der die sog. sozialen Neurotiker bei Geltendmachung von Rentenansprüchen begegnen, es in den Kreisen der Rentenbewerber nicht mehr opportun erscheinen läßt, Anträge mit seelisch-nervösen Störungen ohne organische Grundlage zu motivieren. Das langsame Verschwinden der sozialen Neurotiker aus der Klientel des Versorgungsarztes entspricht der analogen Feststellung *Stiers* an den Unfallversicherten von Post, Eisenbahn und Berufsgenossenschaften. Diese für den Arzt, unabhängig von seiner persönlichen theoretisch-wissenschaftlichen Einstellung zum Neurosenproblem, erfreuliche Tatsache danken wir der Konsequenz, mit der die Lehre von der seelischen Verursachung der sog. sozialen Neurosen sowohl für die ärztliche Begutachtung als auch für die versorgungsrechtliche Behandlung der Rentenbewerber richtunggebend geworden ist. Hierzu hat wesentlich die bekannte grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24. 9. 1926 mit beigetragen, doch ist es falsch,

von einer »neuen« Lehre zu sprechen, da die Psychiatrie schon lange vor dem Kriege in der Unfallneurose, dem damaligen Hauptrepräsentanten der sozialen Neurosen, eine durch seelische Ursachen hervorgerufene Erscheinung erblickt hat. (Ausführliche Veröffentlichung und Mitteilung der Zahlen und Kurven in der Mschr. f. Unfallheilk.)

A. Bostroem-Königsberg Pr.: Zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch äußere Faktoren.

Es besteht kein Zweifel darüber, daß bei den sogenannten endogenen Psychosen (Schizophrenie, manisch-depressives Irresein) der für die Entstehung wichtigste Faktor die krankhafte Anlage ist. Man wird sogar annehmen können, daß vielfach bereits der Manifestationstermin anlagemäßig festgelegt ist. Gleichwohl wird man mit der Möglichkeit rechnen dürfen, daß auch einmal ein ungewöhnliches Ereignis die Psychose früher zur Manifestation bringt; und wenn dies möglich ist, so könnte ein äußerer Anlaß auch einmal eine Psychose provozieren in den Fällen, bei denen die Anlage allein nicht stark genug gewesen wäre, den Krankheitsausbruch aus eigener Kraft zu bewirken. Man spricht dann von vorzeitiger Auslösung oder von Auslösung schlechtweg; und es wird gut sein, den Begriff der Auslösung von dem der Verursachung grundsätzlich zu unterscheiden. Daß eine auslösende Noxe die Krankheitsanlage irgendwie verstärkt, ist nach allem, was wir wissen, nicht gut denkbar. Auslösende Schädigungen können vielmehr nur dadurch wirken, daß sie die natürlichen Widerstände gegenüber der krankhaften Anlage herabmindern oder beseitigen.

Man wird bei endogenen Psychosen eine exogene Schädigung aber nur dann als auslösendes Moment ansehen dürfen, wenn es sich um eine Noxe handelt, die ganz wesentlich ins Körpergeschehen eingreift und so geeignet ist, die natürlichen Widerstandskräfte zu lähmen. Ferner muß ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang gegeben sein, und endlich ist es zum mindesten diagnostisch wertvoll, wenn die äußere Einwirkung etwa an dem stürmischen Beginn oder an dem besonderen Verlauf der Erkrankung erkennbar ist. (Erscheint ausführlich in der Münchener medizinischen Wochenschrift.)

Aussprache: *Hoffmann*-Königsberg möchte außer den beiden Einschnitten der Pubertät und des Klimakteriums in dem Bilde der von Bostroem gezeichneten »Lebenslinie« einen wellenförmigen Verlauf dieser Linie annehmen, etwa im Sinne von *W. Fließ;* die Wellentäler könnten sich dann schneiden mit den Wellenbergen der zeitweise anschwellenden inneren Krankheitsdisposition. Die Schnittpunkte würden dann das Manifestwerden der Krankheit bedeuten.

Goroncy-Königsberg: Über Nachuntersuchungen an Personen, die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen sind.

Es wird das Schicksal von 99 Personen dargestellt, die in den letzten 12 Jahren nach Begutachtung durch das Institut für gerichtliche Medizin Königsberg Pr. aus § 51 StGB. freigesprochen waren und weiter beobachtet werden konnten. Das Material zeigt insbesondere die Bedeutung der verständnisvollen Zusammenarbeit des Institutes bzw. seines Leiters in der Eigenschaft als Gerichtsarzt und Medizinalreferent der Polizeibehörde mit allen in Betracht kommenden Behörden hinsichtlich der Maßnahmen gegen-

über gemeingefährlichen Kriminellen und den sogen. vermindert Zurechnungsfähigen. Erneut ergibt sich die Notwendigkeit eines Bewahrungsgesetzes.

W. Groß-Königsberg: Atropinbehandlung bei extrapyramidalen Erkrankungen.

Keine Besprechung theoretischer Fragen, sondern nach Überblick über die an der Klinik erzielten Erfolge Hinweis auf einzelne für den draußen praktizierenden Arzt wichtige Punkte bei der Nachbehandlung der Kranken.

In der Klinik bisher 9 Frauen und 15 Männer wegen Spätenzephalitis, eine Frau und zwei Männer wegen Paralysis agitans und drei Männer wegen ätiologisch noch unklarem extrapyramidalem Tremor mit hohen Atropindosen behandelt. Nicht nachuntersuchte Kranke dabei unberücksichtigt. Im allgemeinen die guten Resultate von *Roemer* bestätigt, nur bei einem Enzephalitiker mußte wegen starkem Erbrechen und dauernder Übelkeit die Kur abgebrochen werden. Von einzelnen Symptomen am besten Speichelfluß beeinflußt, dann Rigor und Akinese sowie Pro- und Retropulsion, Tremor manchmal geschwunden, aber nicht Tremorbereitschaft im Sinne von Busse. Blickkrämpfe nicht gebessert, auch nicht durch andere Mittel, ebensowenig allgemein neurasthenisch-hypochondrische Beschwerden und psychische Störungen (Wandertrieb, Zwangshandlungen und Drangzustände). Von Paralysis agitans-Fällen ein Mann und eine Frau erheblich gebessert, beim zweiten Mann wegen stärkerer Herzstörungen Kur abgebrochen. Die drei Tremorkranken unklarer Ätiologie nicht beeinflußt.

Therapeutisches Handeln nach Vorschrift von *Roemer*, Höchstdosis bei dreimal 20 Tropfen. Gegen Durstgefühl Zitrone und Neucesol, gegen leichtere Herzbeschwerden Valeriana, gegen Übelkeit Pilocarpin. Keine psychotischen Störungen als Nebenwirkung, nur bei psychogenem Tremor, der fälschlich als Postenzephalitis angesehen wurde; kurzes Delir beobachtet, das restlos ohne Dauerschädigung abklang. Nach Feststellung der optimalen Dosis Tropfen in Pillen umgerechnet und Pat. in hausärztliche Behandlung entlassen, dabei zuerst mehrfach Anfrage nach Apotheken und Ärzten wegen angeblich falschen Rezeptes. Bitte an die praktizierenden Ärzte, für genaues Einnehmen der verordneten Menge bei den Kranken Sorge zu tragen, Nebenerscheinungen mit den angegebenen Mitteln zu bekämpfen und möglichst alle noch unbehandelten Fälle einer Klinik zuzuweisen, da durchaus Aussicht auf Besserung besteht. Häusliche Einstellung wegen Gefahr von Nebenerscheinungen und wegen mangelhafter Kontrolle der eingenommenen Menge abzulehnen.

Jacobi-Königsberg: Zur Frage der Hypochondrie als Krankheitseinheit.

Nach einer Literaturübersicht, wobei die Monographie *Wollenberg*s von 1904 und die Arbeit *Wichmann*s über »autonome Hypochondrien« von 1930 ausführlicher angeführt werden, und nach kurzer Besprechung des Vorkommens hypochondrischer Vorstellungen in der Psychiatrie schildert Verf. eine Reihe von Fällen. Dabei werden erst etwas kürzer diejenigen Krankheitsbilder berücksichtigt, bei denen die hypochondrische Einstellung nur ein Teilsymptom einer anderen psychischen Erkrankung darstellt. Hierbei stehen die Depressionen im Vordergrund. Seltener finden sich hypo-

chondrische Vorstellungen bei den Schizophrenien, bei denen sie mitunter Initialsymptom sein können; hin und wieder wird das Syndrom bei Paralytikern beobachtet. Unter den Psychopathien sehen wir reaktive Formen der Hypochondrie, die nach Unfällen, körperlichen Krankheiten, in Erschöpfungszuständen, nach seelischen Traumen in Verbindung mit Rentenwünschen usw. auftreten können. Übrig bleiben einige Fälle, bei denen man im Sinne *Wichmanns* an eine essentielle Hypochondrie denken könnte, da die Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen nicht leicht zu erkennen sind und das hypochondrische Syndrom als Hauptsymptom viele Jahre das ganze Krankheitsbild beherrscht. Es werden hiervon vier Beispiele erwähnt, die genau betrachtet, anderen Krankheitsbildern, wie der Paranoia, Depression und Psychopathie nahestehen. Die Hypochondrie als Symptomenkomplex wird bejaht, als nosologische Einheit verneint.

Aussprache: *Baumm*-Königsberg: Unter Hirnverletzten findet man bei Okzipitalhirngeschädigten häufiger als bei anderen hypochondrische Wesensäußerungen. Das könnte man durch die zum Autismus verleitende Isolierung gegen die Umwelt infolge der Schädigungen der optischen Region erklären. Ob diese Erklärung aber richtig ist, weiß ich nicht.

Nippe-Königsberg: Nach meinen Erfahrungen halte ich die Behauptung, bei jedem wäre eine »hypochondrische Anlage« vorhanden, für nicht bewiesen noch beweisbar.

Knab-Tapiau: Über den Stand der deutschen Familienpflege im Herbst 1932.

(Der Vortrag erscheint ausführlich in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie.)

W. Mauß-Königsberg: Hundert Jahre einer manisch-depressiven Familie.

In einer niedersächsischen Sippe aus dem Deistergebiet, von der 125 Glieder festgestellt werden konnten, finden sich etwa seit Anfang des 19. Jahrhunderts manisch-depressive Züge in wechselnder Stärke deutlich ausgeprägt. Bei einer Reihe von Einzelindividuen entwickelten sie sich bis zur Psychose, sechs Fälle endeten im Depressionszustand durch Selbstmord, eine weitere Anzahl machte Suizidversuche oder spielte mit Selbstmordgedanken. Einzelne Persönlichkeiten waren durch ihre manischen Züge in der Gegend als Originale bekannt. Bei einem großen Teil der Sippenmitglieder wirkte sich die Veranlagung nur im zyklothymen Schwanken der gesamten Lebenslinie aus. In einem Sippenzweig besteht seit drei Generationen ein essentieller Tremor. — Körperlich finden sich neben Pyknikern auch Athleten und Astheniker. Die Psychose selbst zeigt nicht so sehr, besonders in der Depression, das Warme, Einfühlbare wie bei der süddeutschen Bevölkerung, sondern ist starrer, abgesperrter gegen die Außenwelt, so daß sie in manchen Zügen fast an Schizophrenie erinnert. Rassenmäßige Momente scheinen hier wirksam zu sein.

Moser-Königsberg: Zur Röntgendiagnostik der Hirntumoren.

Hinweis auf die große Bedeutung des einfachen Schädelröntgenogramms für den Neurologen bei der Diagnostik der Hirntumoren, das vor den Methoden der Kontrastfüllung mit Luft den Vorzug völliger Ungefähr-

lichkeit voraus hat. Bericht über Erfahrungen an eigenem Material. Unter 100 Hirntumoren verschiedenster Lokalisation war in sechs Fällen ein direkter Nachweis des verkalkten Tumors im Röntgenbild möglich und konnte erfolgreich operiert werden, wo klinisch eine Lokalisation nicht möglich war. In weiteren zwölf Fällen hatte der Tumor zu direkten Knochenveränderungen in seiner unmittelbaren Nachbarschaft geführt, was lokaldiagnostisch von ausschlaggebender Bedeutung wurde. In 18 Fällen hatte das einfache Röntgenbild also entscheidende topische Bedeutung gehabt. Verwertbare Befunde ergaben sich in 25 weiteren Fällen, so daß fast in der Hälfte des untersuchten Materials positive Röntgenbefunde gewonnen werden konnten.

Kritische Besprechung der Röntgenbefunde bei allgemein gesteigertem Hirndruck (Druckschädel) und Demonstration von Beispielen des verarbeiteten Materials. Verf. stellt die Forderung auf, daß nicht nur in jedem Fall von Hirntumor, sondern auch von Tumorverdacht Übersichtsaufnahmen des Schädels anzufertigen und am besten zusammen mit einem Fachröntgenologen zu beurteilen sind. Die einfache Röntgenaufnahme hat stets der ev. Kontrastdarstellung vorauszugehen, die nicht selten durch das Craniogramm überflüssig gemacht wird, ihrerseits aber durch die Luftfüllung die Beurteilung der knöchernen Schädelveränderungen oft genug erschwert. In besonderen Fällen sind Spezialaufnahmen anzufertigen, von denen außer der axialen besonders die Spezialaufnahmen der Sella, des Keilbeines und der Felsenbeine nach Stenvers wichtig sind. Letztere würden für die Tumoren des Kleinhirnbrückenwinkels wahrscheinlich ähnliche Bedeutung gewinnen, wie die Sellaveränderungen für Hypophysenerkrankungen und sollten daher auch in allen Fällen von Verdacht auf Kleinhirnbrückenwinkellokalisation vorgenommen werden.

Nach Autorefer. durch K. *Moser*-Königsberg.

(Aus der Bremischen Heil- und Pflegeanstalt. Direktor: Prof. Dr. *Walter*).

Klinische Erfahrungen mit Phanodorm.

Von

Fritz Kraus, Anstaltsarzt der Bremischen Heil- u. Pflegeanstalt.

Über das Phanodorm (Cyclohexenylbarbitursäure), ein hydriertes Luminal, herausgebracht von *Merck*-Darmstadt und *Bayer*-Leverkusen im Jahre 1925, sind in der Literatur bereits zahlreiche klinische Erfahrungen veröffentlicht worden.

Von der Mehrzahl der Autoren sind die Erfahrungen, die sie mit Phanodrom gemacht haben, als günstig bezeichnet worden. Nach *Mansbacher*[1] bewährte sich Phanodorm bei über 100 Kranken als Schlafmittel, es zeigten sich keine Intoxikationserscheinungen und keine Kumulationswirkungen, es trat keine Gewöhnung ein. Ähnliches berichten *Müller*[2], *Hermann*[3], *Lackerbauer*[4], *Quensel*[5], *Pfannmüller*[6], *Langheinrich*[7], *Weiß*[8], *Witwer*[9], *Lindenbaum*[10], *Nawratil*[11], *Wolfsohn*[12], *Silzer*[13] und *Mondré*[14].

Mader[15] gibt einige Fälle an, in denen sich Kranke eigenmächtig eine Überdosierung verschrieben hatten. Sie nahmen statt der vorgeschriebenen Dosis von 0,2—0,3 g rasch hintereinander zwei ganze Tabletten, also 0,4 g, als eine Tablette allein nicht gleich ihre Wirkung tat. In allen diesen Fällen trat binnen einer kleinen halben Stunde Übelkeit ein, der Erbrechen folgte. Hierauf schliefen die Kranken ruhig und fest ein. *Mader* meint: »Es würde sich lohnen, diese Beobachtungen nachzuprüfen, ob die Übelkeit erregende Wirkung nur eintritt bei Leuten, die 'leicht' erbrechen oder überhaupt.«

Impens[16] kam bei seinen pharmakologischen Studien über Phanodorm zu folgenden Ergebnissen: die tödliche Dosis für die Katze: 0,2 g Phanodorm, für den Hund: 0,3 g, für das Kaninchen: 0,7 g, die tödliche Dosis für den Menschen steht noch nicht fest. Das Phanodorm ist ein gut wirksames Schlafmittel, das nur geringe Toxizität besitzt und infolge seiner raschen Umwandlung im Körper nur wenig Nachwirkung hinterläßt und keine Kumulation aufweist.

Wolf[17] beschreibt einen Fall, wo eine 24jährige Kranke im Alter von 12 Jahren eine länger dauernde fieberhafte Erkrankung durchgemacht hat und seit dieser Zeit geistig etwas zurückgeblieben war und stotterte. Vier Wochen vor der Phanodormvergiftung

nahm sie zur Zeit der Menses wegen hartnäckiger Schlaflosigkeit drei Tabletten Veronalnatrium, eine Dosis, die mit leichten Vergiftungserscheinungen verbunden war. Vier Wochen später nahm die Kranke in selbstmörderischer Absicht 1,4 g Phanodorm. Bald darauf tiefster Schlaf, Versuche der Angehörigen, die Kranke durch Bewegungen zu wecken, mißlangen, dagegen trat Erbrechen auf. Sieben Stunden nach dem Selbstmordversuch Aufnahme ins Krankenhaus. Dort bot die Kranke folgendes Bild: Tiefe Bewußtlosigkeit, kaum fühlbarer Puls, oberflächliche Atmung, hochgradige Gesichtsblässe, kein Erbrechen. Magenspülung, Hexeton, Koffein, Strychnin, dann neuerliche Magenspülung mit schwarzem Kaffee, Senfteig in den Nacken. Nach etwa $^1/_2$ Stunde Puls kräftiger, Atmung ruhiger, Nachlassen der Gesichtsblässe. Erwachen 36 Stunden nach der Einnahme des Phanodorms, noch leicht benommen; zwei Tage später völlig gesund, die Kranke ging wieder ihrer gewohnten Beschäftigung nach.

Epikritisch bemerkt *Wolf*, daß das Erbrechen den Vergiftungszustand selbst kaum beeinflußte, das Erbrechen wäre vielleicht überhaupt nicht eingetreten, wenn die Angehörigen nicht ziemlich gewaltsame Bewegungen mit der Kranken gemacht hätten. Die von *Mader* geäußerte Vermutung, daß die brechenerregende Wirkung des Phanodorms die Toxizität abschwäche, scheine nicht zu Recht zu bestehen. Die Wirkung der in diesem Falle therapeutisch angewendeten Reagentien sei sehr auffällig und es sei fraglich, ob nicht bei zu spät eingetretener ärztlicher Hilfe der Exitus erfolgt wäre. Es erscheine ihm nicht angezeigt, aus den experimentell gefundenen tödlichen Dosen für Tiere irgendeinen Schluß auf die wirksame tödliche Dosis bei Menschen zu ziehen.

Landauer[18] hatte einer Kranken, die an nervöser Schlaflosigkeit litt, abends eine Tablette Phanodorm zu 0,2 g verordnet. In selbstmörderischer Absicht nahm die Kranke eines Abends 5 g Phanodorm auf einmal. Am nächsten Morgen somnolent, aber kein irgendwie beunruhigender Eindruck, Exzitantien und andere Medikamente nicht nötig. Im Laufe der nächsten 24 Stunden vollkommene Erholung außer geringen Kopfschmerzen, dem Gefühl einer allgemeinen Schwere im Körper und einem zwei Tage anhaltenden Schlafbedürfnis keine Beschwerden. Nach *Landauer* beweist der Fall die völlige Unschädlichkeit des Phanodorms selbst in der fünf- bis zehnfachen stärkeren als normalen Dosierung, der Fall stützt nach Ansicht von *Landauer* die pharmakologischen Untersuchungen von *Impens*, daß das Phanodorm vom Magen-Darmkanal aus schnell resorbiert wird.

Rosenfeld-Klausenburg[19] berichtet von einer Kranken, der er wegen Schlaflosigkeit Phanodorm verordnet hatte. Sie nahm um 10 Uhr abends in selbstmörderischer Absicht 10 g Phanodorm ein.

Die Vergiftung wurde erst am nächsten Vormittag gegen 10 Uhr bemerkt, da der langdauernde Schlaf der Kranken der Umgebung auffiel. *Rosenfeld* fand die Kranke im tiefen Schlaf liegend, sie erwachte jedoch auf nicht besonders laute Weckrufe und gab auf Fragen ziemlich verständige Antworten. Nach kurzer Zeit verfiel sie wieder in tiefen Schlaf. Da nach der Vergiftung bereits 13 Stunden verstrichen waren, unterließ *Rosenfeld* eine Magenspülung, unterstützte dagegen die schwache Herztätigkeit durch Verabreichen von Exzitantien (Koffein und Kampfer). Die Kranke wachte am Abend des gleichen Tages auf, war etwas müde, das Sprechen fiel ihr schwer. Sie blieb den nächsten Tag im Bett, obgleich sie sich schon ganz wohl fühlte und stand zwei Tage nach der Vergiftung völlig wiederhergestellt auf.

In seiner Epikrise zu diesem Fall bemerkt *Rosenfeld*, daß dieser Fall wiederum bewiese, ebenso wie die übrigen in der Literatur beschriebenen Fälle, daß die Toxizität des Phanodorms im Vergleich zu anderen Barbitursäurederivaten sehr gering sei und daß deshalb der praktische Arzt ohne großes Bedenken das Phanodorm in die Hände eines wenig verläßlichen Kranken geben könne.

Leschke[20] zitiert einen Fall von *Wagner*, wo ein 51jähriger Kaufmann tot aufgefunden wurde, und bei dem die chemische Untersuchung des Mageninhaltes und des Urins die Anwesenheit von Phanodorm ergab. Aus dem Urin wurden 21 mg Phanodorm isoliert. Bei dem Toten wurden leere Phanodormpackungen gefunden, die im ganzen 10 g Phanodorm enthalten hatten.

Fretwurst, *Halberkann* und *Reiche*[21] zitierten einen Fall von *Kaiser*, in dem ein Kranker mit einmal 12 g Phanodorm genommen hatte, nach 12 Stunden aber eine Magenspülung erhielt, so daß kein Exitus erfolgte.

Koch[22] sah eine Kranke, die nach einer Aufregung 5 g Phanodorm auf einmal nahm. Der Befund war: Atmung ruhig, tief, regelmäßig, gleichmäßig; Puls o. B., ebenso Pupillen, Hornhautreflexe vorhanden, bei Nadelstich keine Schmerz- oder Abwehräußerung. Erwachen um 9 Uhr abends, 12 Stunden nach Einnahme des Phanodorms, dann wieder ruhiger Schlaf bis zum nächsten Morgen. Außer Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit keine Klagen. Epikritisch sagt *Koch*, der Verlauf bewiese die schon früher bei Tieren festgestellte und bei anderen Überschreitungen der Normaldosis bei Menschen beobachtete geringe Giftwirkung des Phanodorms.

In seiner Arbeit: Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie exogener Vergiftungen führt *Bürger*[23] zuerst den Fall eines Kaufmannes an, der an einer Depression mit präsenil-hypochondrischer Färbung litt und außerdem an einem hereditären Tremor. Bei dem Kranken, der im Januar 1927 zum ersten Male in die Heidelberger

psychiatrische Klinik aufgenommen wurde, bestand eine seit dem Jahre 1925 zunehmende Schlaflosigkeit. Der Kranke nahm zuerst Adalin, dann Phanodorm in steigenden Dosen, monatelang mehrere Tabletten täglich. Manchmal nahm er soviel Phanodorm, daß er in Rauschzustände verfiel, so daß er tagelang kaum reden und gehen konnte und völlig apathisch war. In den letzten Tagen vor der Aufnahme in die Klinik machte der Kranke zwei Selbstmordversuche. In der Klinik Tremor der Hände und des Kinns, psychisch: Klagen über Kopfdruck, depressive Stimmungslage. Der Kranke wurde nach neun Wochen als weitgehend gebessert entlassen. Nach einigen Wochen sehr starker Rückfall in den Phanodormabusus, der Kranke nahm täglich 10—12—20 Tabletten Phanodorm, war dann zeitweilig benommen, dösig, wie berauscht, konnte kaum gehen, kam ins Krankenhaus. Dort wurde er nach zwei Tagen unruhig, diese Unruhe steigerte sich am dritten Tage derartig, daß er wieder in die Klinik aufgenommen werden mußte. Bei der Aufnahme in die Klinik bot der Kranke das Bild eines schweren Delirs: Desorientiertheit, typische optische delirante Erlebnisse teilweise mikroptischer Art, schwerster Tremor der Hände, des Kopfes und des Unterkiefers, schwere Ataxie, dauernde motorische Unruhe unter choreatischen Bewegungen an allen Extremitäten, lebhafte Reflexe, beiderseits Chorea-Gordon. Dieses Krankheitsbild bestand 14 Tage lang, dann trat langsame motorische und psychische Beruhigung ein, die choreiforme Unruhe schwand zunächst, die Ataxie ging langsam zurück, viel langsamer gingen der Tremor der Arme, des Kopfes und des Kinns zurück, um schließlich die bei der ersten Aufnahme schon beobachtete Stärke wieder zu erreichen. Am Schluß der Behandlung bestand bei dem Kranken gute Erinnerung an den durchgemachten deliranten Zustand. Epikritisch bemerkt *Bürger*, daß es sich im vorliegenden Falle um ein Abstinenzdelir handele. Er hält es weiterhin bemerkenswert, daß bei dem Kranken zweifellos ein hereditärer Tremor vorliege, so daß die Frage auftauche, ob nicht eine Systemprädilektion in dem Sinne vorliegt, daß bestimmte zentralnervöse Systeme erhöhter ansprechbar sind, wofür die ungewöhnliche Schwere des Krankheitsbildes sprechen könnte. *Bürger* kommt zu keiner bestimmten Stellungnahme in dieser Frage und meint zum Schluß, daß immerhin bei der Eigenart des gebotenen Bildes die »Systembelastung« auffällig bliebe.

Mosbacher[24] schließlich beschreibt drei Fälle von Phanodormdelirien:

Im ersten Fall von *Mosbacher* war dem Phanodormabusus ein solcher von Alkohol und später von Adalin vorausgegangen, dem Alkoholabusus hatte sich eine Alkoholneuritis angeschlossen. Der Kranke hatte zwei Jahre, bevor er in die Nervenheilanstalt Köppen kam, besonders in der

letzten Zeit vor seiner Anstaltsaufnahme, Phanodorm bis zu 12—15 Tabletten täglich genommen. Als er kein Geld mehr zum Kauf von Phanodorm hatte, waren Krämpfe mit Schaum vor dem Munde aufgetreten. Zwei Tage nach der Aufnahme trat bei dem Kranken ein Delir auf mit starker Unruhe, Schweißausbruch und lebhaften Sinnestäuschungen des Gesichts und des Gehörs. Nach fünf Tagen psychisch frei, völlige Amnesie für das durchgemachte Delir.

Im zweiten Fall von *Mosbacher* hatte der Kranke früher viel getrunken und außerdem seit Herbst 1929 Tinct. Valerianae zusammen mit Phanodorm genommen; vor dem Kriege hatte er gelegentlich Rohopium gegessen, ohne daß es zur Gewöhnung kam. Phanodorm nahm er im letzten $^3/_4$ Jahr vor der ersten Anstaltsaufnahme täglich 3—4 Tabletten. Anfang Mai 1930 kam der Kranke mit einem beginnenden Phanodormdelir in die Anstalt. Der Befund war: Zittern am ganzen Körper, Schweißausbruch, sechs Tage später Verfolgungsideen, Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Vier Tage nach der Anstaltsaufnahme völlig klar, Krankheitseinsicht und völlige Erinnerung an die Erlebnisse der letzten beiden Tage.

Im dritten Fall von *Mosbacher* hatte der Kranke ebenfalls früher erheblich getrunken, er hatte Trinkperioden bis zu vier Wochen, zuletzt trank er denaturierten Spiritus. Seit 1927 in nervenärztlicher Behandlung, hatte alle möglichen Nervenstärkungs- und Beruhigungsmittel genommen, darunter Phanodorm, seit Sommer 1929 nach Angabe der Frau bis zur ersten Klinikaufnahme im Dezember 1929 im ganzen 27 Gläser dieses Mittels. Im März 1929 erlitt er einen Schlaganfall mit Lähmung des linken Armes, die bald vorüberging.

Bei der ersten Klinikaufnahme schwerer Erregungszustand; auf der Abteilung hypomanisch lebhaft, immer leicht aufgeregt, nach vier Wochen Entlassung. Vier Monate später erfolgte die zweite Klinikaufnahme, nachdem der Kranke kurz nach seiner ersten Entlassung erneut einen ganz leichten Schlaganfall erlitten und wieder Phanodorm bis zu 5 Tabletten zu 0,2 g täglich genommen hatte. Am vierten Tage nach der Aufnahme Ausbruch eines Delirs: Beginn mit einem Schrei, zwei epileptischen Anfällen und starkem Schweißausbruch, später sehr unruhig, Personenverkennung, Gesichtstäuschungen, liest von einem weißen Blatt ab. Nach fünf Tagen Abklingen des deliranten Zustandes ohne Terminalschlaf, völlige Amnesie für das Durchgemachte.

Zusammenfassend bemerkt *Mosbacher*, daß der Ausbruch des Delirs jeweils einige Tage nach Absetzen des Phanadorms erfolge, er weist auf eine Äußerung von *Pohlisch* hin, nach dem die Barbitursäurederivate entsprechend ihrer langsamen Ausscheidung den spätesten Termin für den Ausbruch des Delirs haben. Häufiger als beim Alkohol stelle sich ferner der epileptische Anfall erst bei bestehender Psychose ein. In seinen beiden Fällen, in denen epileptische Anfälle auftreten, träfe des nicht zu, Anfälle gehörten nicht immer zum Krankheitsbild des Phanodormdelirs. Den zweiten Fall, in dem keine Amnesie für das Delir bestand, möchte er deshalb mehr zu den Halluzinosen rechnen. *Mosbacher* meint weiter, daß bei allmählicher Steigerung sehr große Mengen Phanodorm, bis zu 3,0 g täglich, zunächst beschwerdefrei vertragen werden. Sehr wesentlich erscheint ihm ferner das Hinzutreten eines zweiten Giftes, das den Organismus geschädigt,

zumindest in seiner Widerstandskraft erheblich herabgesetzt und so prädisponierend im Sinne *Birnbaums* für die Entstehung des Delirs gewirkt hat.

Schließlich erwähnt *Mosbacher* noch einen Fall aus der Literatur ohne Angabe des Autors, in dem 9,6 g Phanodorm mit einmal genommen tödlich gewirkt hatte.

Langelüddeke[25] beschreibt folgenden Fall von Abstinenzdelir nach Phanodorm: 28 Jahre alter Patient. Vater und Großonkel väterlicherseits jähzornig, Schwester des Vaters litt an einer endogenen Psychose. Patient erkrankte 1925 an Tuberkulose, nahm von 1925—1930 Dicodid in erträglichen Grenzen. Daneben nahm er abwechselnd Acedicon, Codein, Curral, Larocain, Veronal, Quadronox, Phanodorm, seit April 1931 Phanodorm und Dicodid, 6 Tabletten Dicodid zu 0,01 g und 2—5 Tabletten Phanodorm zu 0,2 g. Nach Angabe der Mutter des Kranken hatte dieser zu Hause Stimmen gerade dann gehört, wenn er Phanodorm und Dicodid nahm. Außer dem zeitweiligen Stimmenhören war der Kranke vier bis fünf Wochen vor der Klinikaufnahme mißtrauisch. Mitte Oktober 1931 kam der Kranke zur Entziehungskur in die Klinik, dort trat fünf Tage nach seiner Aufnahme bei dem Kranken ein Abstinenzdelir auf, der Kranke war unruhig, sprang mit dem Kopf durch eine Fensterscheibe, es trat ein epileptischer Anfall auf, der Kranke wurde desorientiert und hörte Stimmen. Nach fünf Tagen war das Delir völlig abgeklungen. *Langelüddeke* betont, daß in seinem Falle ebenso wie in den Fällen von *Mosbacher* mehrere schädliche Einflüsse zusammenwirken, in seinem Falle spielten neben der Anlage und dem Phanodorm noch die Tuberkulose und das Dicodid eine Rolle. Was die Gehörstäuschungen bei seinem Falle anbetrifft, so nimmt *Langelüddeke* an, daß hier eine Parallele zu den trunkfälligen Halluzinationen gegeben erscheine.

In der Bremischen Heil- und Pflegeanstalt sind seit dem Jahre 1930 neun Fälle von Phanodormmißbrauch behandelt worden, die im folgenden dargestellt werden.

Fall 1: E. H., Sekretärin, geb. 11. 4. 1900. Mit Nervosität, Trunksucht und Asthma bronchiale belastet. Selbst als Kind Diphtherie, Masern, Windpocken und Lungenentzündung durchgemacht. Gute Schülerin, Oberlyzeum besucht. Dann ein Jahr Hauswirtschaft auf Landgut gelernt, darauf Verlobung, die zurückging, weil die Kranke sich nicht zur Ehe entschließen konnte. Dann ein Jahr Handelsschulbesuch, schließlich als Sekretärin nach Japan. Dort an Tuberkulose erkrankt, nahm deshalb einige Wochen Morphium, angeblich von selbst aufgehört. Nervenschock durch Erdbeben, deshalb wieder Morphium. Dann drei Monate in Italien und Davos. Neue Verlobung, die auch gelöst wurde, danach Eukodal und Pantopon genommen, später wieder Morphium. 1925 Morphiumentziehungskur, sehr bald danach Veronal genommen, kurze Zeit wieder Morphium. Vier Wochen Sanatorium, dort im Schlafzustand eingeliefert. Gab an, homosexuell zu sein, war gel-

tungsbedürftig, egoistisch, mehrere Asthmaanfälle. Zeitweise leicht erregbar, machte sich an andere Patientinnen heran. Nach Entlassung aus dem Sanatorium mit Graf Luckner nach Amerika, ging zeitweise als Matrose gekleidet. In Amerika Pantopon genommen und angeblich zwei Suizidversuche.

Erste Anstaltsaufnahme am 25. 7. 1928: Kommt zur Pantoponentziehungskur. Erste Nacht unruhig, am 29. 7. zwei hysterische Anfälle, unruhig. Körperlich: Frisches Knabengesicht, mäßig genährt, zahlreiche Injektionsnarben. Im weiteren Behandlungsverlauf impulsiv, abrupte starke Stimmungsschwankungen, Hang zur Selbstanalyse und zum Psychologisieren, Neigung zu theatralischen Bewegungen, starkes Persönlichkeitsbewußtsein und Geltungsbedürfnis, behandlungssüchtig; mitunter eigenwillig, läßt sich gehen, wenig Neigung zur Arbeit, verfolgte eine Krankenschwester mit ihrer Neigung, Nicotinabusus. Am 27. X. 28 gebessert entlassen, will Abitur nachmachen.

Über ihre Erlebnisse in der Zeit von ihrer ersten Entlassung aus unserer Anstalt bis zu ihrer am 13. 7. 31 erfolgten zweiten Aufnahme hat mir die Kranke vor kurzem folgendes mitgeteilt:

Seit Februar 31 habe sie nur Phanodorm genommen, die letzten vier Wochen mit Ausnahme des letzten Tages nur gelegentlich 5—6 Tabletten Phanodorm zu 0,2 g. Am letzten Tage vor ihrer zweiten Anstaltsaufnahme habe sie noch einmal 0,2 Eukodal genommen, weil sie völlig »durchhin« gewesen sei. Sie wisse heute noch nicht recht, wie sie auf den Gedanken gekommen sei, noch Eukodal zu nehmen. Das sei aber nur dies eine Mal gewesen. Sonst habe sie nur Phanodorm genommen. Die tägliche Dosis habe sich bis Anfang Juni 31 auf etwa 70(!) Tabletten belaufen, das entspräche der Wahrheit, wenn es auch unmöglich erscheine. Es sei ihr nicht möglich, genau anzugeben, nach welcher Dosis die erwünschten bzw. unerwünschten Wirkungen eingetreten seien, weil sie manchmal schon nach 3 Tabletten erledigt gewesen wäre und mitunter 10 Tabletten keine Wirkung hervorbrachten. Sie habe nie ein Mittel wiedergefunden bzw. kennengelernt, das so heimtückisch und unberechenbar in seiner Wirkung war. Sie halte Phanodorm für bedeutend gefährlicher als Eukodal. Phanodorm wirke auf sie zunächst — allerdings erst nach etwa 14tägigem Gebrauch — ähnlich wie Eukodal, das heißt, sie könne sehr scharf denken, hätte ruhige Nerven und die Zigarette schmecke bedeutend besser, sie würde hungrig. Andere Sensationen habe sie auch vom Opium in seinen von ihr gebrauchten Formen nicht gehabt. Die trügerische innere Harmonie, die sie mit Phanodorm erzielt habe, eine Befreiung von sehr hinderlichen Hemmungen — das gleiche beim Phanodorm wie beim Eukodal. Die Wirkung aber aus den zahllosen kleinen Dosen von 3—5 Tabletten zurzeit bis zu 70 täglich sei verheerend. Nach etwa der 20. Tablette — das hätte aber erheblich variiert — sei sie »fertig« gewesen. Dann würden ihre Augen glasig, liefen ihr durcheinander — sie könne es nicht anders bezeichnen — sie konnte nicht mehr deutlich lesen und sehen und habe in der unglaublichsten Weise begonnen hinzufallen und zu taumeln. Sprechen habe sie dann überhaupt nicht mehr können, nur stammeln. Gegenstände festzuhalten sei ihr unmöglich gewesen. Soviel man ihr erzählt habe, sei sie während der Zeit des Phanodormmißbrauches außerordentlich brutal gewesen. Die Stimmung habe unaufhörlich gewechselt, bis sie soweit gewesen sei, daß sie wie eine Tote geschlafen habe. Trotzdem sei sie mehrmals nachts aufgestanden

— unbewußt — und erheblich hingeschlagen. Nach ihrer Erfahrung wirke Phanodorm unendlich schädlicher als jedes andere ihr bekannte Gift. Sie halte es für noch schlimmer als Veronal. Und zwar deswegen sei nach ihrer Ansicht das Phanodorm schlimmer als Veronal, als sie bei plötzlicher Entziehung des Phanodorms schwere Kollapse bekommen habe, die sie bei der Eukodalentziehung nie gehabt habe. Sie selbst habe bei der im Juni 31 plötzlich einsetzenden Entziehung bzw. wenn sie mit der Dosis von 70 Stück täglich nicht ausgekommen und nur eine Nacht ohne Phanodorm gewesen sei, mindestens fünf bis sechs schwere Kollapse gehabt, die mit zu den entsetzlichsten Dingen gehörten, die sie kenne. Auch beim schlimmsten Opiummißbrauch habe sie keine Kollapse gehabt. Die Katerstimmung nach Phanodorm sei unmenschlich, am besten passe das Bild, wenn sie sage, ein Mensch im Phanodormrausch wirke genau so schlimm wie ein sinnlos betrunkenes Schwein. Phanodorm sei bei längerem Gebrauch — vielleicht ein Jahr — leiblicher und moralischer Tod, Opiate aller Schattierungen seien harmlos dagegen. Nach ihrer Meinung müsse dieses Gift überhaupt vom Markt verschwinden, wenn es Menschen dazu verführe, es als Rauschgift zu benutzen. In ganz geringen Dosen, etwa 1—2 Tabletten, sei es wohltätig, schlafmachend, aber um Gottes Willen niemanden sich daran gewöhnen lassen, es sei die Hölle für einen selbst und erst recht für die Mitmenschen; der sinnlos Betrunkene mag noch erträglicher sein.

Der Vater der Kranken, ein sehr zuverlässiger und glaubwürdiger Mann, gab an, daß die Kranke in den letzten 3—4 Monaten vor der Anstaltsaufnahme für 400 M. Medikamente genommen habe.

Zweite Anstaltsaufnahme am 13. 7. 1931: Tags vorher in ein Bremer Krankenhaus als »Unfall« eingeliefert, gab an, vom Auto angefahren zu sein. Bei der Krankenhausaufnahme machte sie den Eindruck des Berauschtseins. Keine gröberen Verletzungen außer einigen Hautabschürfungen. Dann in unsere Anstalt wegen Verdachts Rauschgifte genommen zu haben. Gab bei Aufnahme an, ein Arzt habe ihr gestern wegen Fußverstauchung ein wenig Eukodal gegeben. Keine Erinnerung an einen Unfall. Sie habe gestern Streit mit dem Vater wegen Schlafmittelmißbrauch gehabt und deshalb Selbstmord begehen wollen. Infolge Einnahme von Phanodorm sei sie taumelig geworden, sei nach Bremen gefahren und habe sich dort Eukodal verschafft und Phanodorm, nach 1 Tablette Eukodal und 3 Tabletten Phanodorm bewußtlos, erst im Krankenhaus erwacht. Bei Anstaltsaufnahme etwas undeutliche Sprache, etwas schwer besinnlich. Während der Anstaltsbehandlung verschaffte sie sich heimlich zweimal Veronal und Phanodorm, fiel nach Einnahme von Phanodorm aus dem Bett, am nächsten Morgen taumelig. In den letzten Tagen ihres Hierseins gesteigerte Unruhe, weil sie in eine andere Anstalt sollte.

Die Kranke wurde von hier in die Anstalt Lüneburg verlegt, wo sie noch eindreiviertel Jahr blieb. Nach Entlassung von dort hat die Kranke laut Mitteilung des Vaters keine Schlafmittel mehr genommen, war zu Hause ausgeglichener Stimmung, arbeitete fleißig im Haushalt.

Fall 2: G. W., Hausfrau, geb. 23. X. 1890: Mit Nervosität belastet. Selbst als Kind viel krank, immer grüblerisch, schwerblütig, zurückhaltend, von jeher nervös. Seit 1928 fast dauernd krank, Pyelitis und Cholelithiasis und Cholecystektomie, später mehrere Rückfälle der Pyelitis, längere Zeit hartnäckige Klagen über kolikartige Schmerzen ohne objek-

tiven Befund; allmählicher Kräfteverfall infolge Erbrechens und Nahrungsverweigerung, nach Ansicht des Hausarztes anscheinend alles psychisch bedingt. Februar 31 angeblich nach Aufregung über Trunksucht des Ehemannes Fall aus dem Bett, wegen Verdachts des Schädelbruchs ins Krankenhaus, Verdacht bestätigte sich nicht. Wegen Erregungszustände Morphium. Zu Hause dauernd Klagen über Kopfschmerzen. Von 1928 bis Frühjahr 1931 mitunter epileptische Anfälle, abwechselnd, Pantopon, Noktal, Pyramidon, Veramon und Somnifen genommen. Von Frühjahr bis Ende Juli 31 Phanodormmißbrauch, täglich bis zu 1,2 g. War angeblich dauernd erregt über häufige Untreue des Mannes.

Erste Anstaltsaufnahme am 31. 7. 1931: Schlecht genährt, Exophthalmus, Vitium cordis, lebhafte Reflexe, Dermographie, Händezittern, sonst neurologisch o. B. Bei Aufnahme schläfrig, in den nächsten Tagen Klagen über Kopfschmerzen; ziemlich schnelle körperliche Erholung, nach einer Woche gegen ärztlichen Rat nach Hause entlassen.

Zweite Anstaltsaufnahme am 19. 12. 31: In den letzten Wochen zu Hause wieder große Mengen Phanodorm genommen, mehrere epileptische Anfälle. Bei Aufnahme mangelhafte zeitliche Orientierung, lallende Sprache, weint. Am nächsten Tage ein epileptischer Anfall; schnelle körperliche Erholung, auf Brom und Luminal keine Anfälle mehr. Beim Besuch des Mannes stets gereizt und erregt, am 30. I. 32 gebessert nach Hause entlassen.

Dritte Anstaltsaufnahme am 20. II. 32: Bald wieder nach ehelichen Konflikten in großen Mengen Phanodorm genommen, genaue Dosis unbekannt. Bei Aufnahme tief somnolent, stöhnte bei Untersuchung, reagierte nicht auf Anruf. Träge Lichtreaktion der Pupillen, schwach auslösbare Knie- und Achillensehnenreflexe. Schnelle Erholung, nur noch viel Klagen über Kopfschmerzen, Lumbalpunktion ergab normalen Befund, am 21. 4. 32 gebessert nach Hause. Anfang März 33 berichtete Frau W. gelegentlich einer Nachuntersuchung, daß sie seit einem Jahre kein Phanodorm mehr genommen und keine epileptischen Anfälle mehr gehabt habe. Die Untersuchung der Frau W. ließ zurzeit keine Anhaltspunkte für einen Schlafmittelmißbrauch erkennen.

Fall 3: H. O., Drogist, geb. am 11. 8. 1891: Ein Großonkel väterlicherseits sonderbar. Selbst als Kind sehr verzogen, übereifriger Schüler, im 17. Lebensjahr Nervenzusammenbruch, tikartige Gesichtszuckungen, kam ins Sanatorium; später nicht wieder zur Schule, kam zur Werft, um Ingenieur zu werden. Nach einem Vierteljahr erneuter Zusammenbruch, ein Jahr untätig zu Hause. Dann Kaufmannslehrling, später Buchhalter. Als solcher zwei Stellen, jedesmal nach einem halben Jahre entlassen wegen mangelhafter Konzentrationsfähigkeit. Drei Jahre wieder untätig zu Hause. 1917 als Funker in einer Festung bis Kriegsschluß. Dann zusammen mit älterer Schwester das väterliche Drogengeschäft geleitet. Von 1919—1926 im Sommer stets sehr elend, Erholungsurlaub jedes Jahr. Seit 1926 große Mengen Adalin genommen, dann vier Wochen Sanatorium, auch dort anscheinend viel Adalin — und wahrscheinlich auch Morphiumabusus, zu Hause dann unfähig zu jeder Arbeit. Zu Hause dann Medinal genommen. Wurde zweimal morgens bewußtlos aufgefunden. Dann acht Wochen in einem anderen Sanatorium, dort leidliche Besserung und bis Ende 1931 verhältnismäßig wenig Schlafmittel gebraucht. Frühjahr 32 erhebliche Verschlimmerung der Schlaflosigkeit, bekam vom Hausarzt Phanodorm ver-

schrieben, nahm bis Juli 32 Phanodorm in großen Mengen, genaue Dosis steht nicht fest. Wurde wieder verschiedentlich morgens bewußtlos aufgefunden. Im Juli 32 vier Wochen Sanatorium ohne wesentlichen Erfolg. Dann wieder 14 Tage zu Hause, viel Phanodorm genommen. Dann in Naturheilsanatorium, dort Lehmkur. Nahm dort viel Phanodorm, ließ bei seiner Entlassung aus dem Sanatorium nach eigener Angabe für etwa 10 M. Phanodorm dort zurück. Mußte von dort durch einen Krankenpfleger in unsere Anstalt gebracht werden.

Anstaltsaufnahme am 15. 9. 1932: Bei Aufnahme müde, schwerfällige Sprache, niedergeschlagen, gab selbst zu, täglich bis zu 1,6 g Phanodorm genommen zu haben. Körperlich: Dürftig genährt, blaßgelbe Gesichtsfarbe, sehr lebhafte Reflexe, neurologisch sonst o. B. Anfangs große innere Unruhe, bettflüchtig, drängte nach Hause, Schlaf anfangs nur nach Somnifen. Grübelte viel über die Zukunft, beschuldigte seine Schwester, daß sie ihn immer wie ein kleines Kind behandele, deshalb wäre er oft verstimmt und schlaflos und hätte deshalb Phanodorm genommen. Allmähliche Besserung, leidlicher Schlaf ohne Schlafmittel, arbeitete etwas. Bei Kontrolle im November 32 keine Entziehungserscheinungen, am 26. 11. 32 als gebessert entlassen. Nach Auskunft durch die Schwester hat der Kranke seit Entlassung keine Schlafmittel mehr genommen und arbeitet fleißig.

Fall 4: Frau H. H., geb. am 23. 4. 1886: Mit Nervosität belastet. Ehe der Eltern unglücklich. Patientin als Kind kränklich. Von Beruf Klavier- und Mallehrerin. Mit 27 Jahren nervös, mit 37 Jahren erneute Verschlimmerung der Nervosität durch Überarbeitung und übermäßigen Alkoholgenuß; damals Selbstmordversuch. 1924 Heirat, Ehe von Anfang an unglücklich, 1925 zwei Suizidversuche, der letztere mit Leuchtgas und Allional, deshalb zum ersten Male in unsere Anstalt.

Erste Anstaltsaufnahme am 10. 11. 1925: Bei Aufnahme bewußtlos, hatte 20 Tabletten Allional genommen. Ziemlich schnelle Erholung. Affekterregbar und affektlabil, querulierend, allmähliche Einsicht und Beruhigung, am 16. I. 26 geheilt entlassen.

Nach Entlassung bald wieder der alte Zustand. Empfindlich, viele Konflikte mit Mann. Winter 27/28 manisch gereizt, Frühjahr 28 depressiv und trostbedürftig. Trennung vom Manne, wohnte zuerst bei der Mutter, nahm viel Schlafmittel, angeblich jede Nacht 10—12 Tabletten Noktal oder Allional, morgens dann taumelig. Zog von der Mutter fort, lebte unstet in Hotels, lernte einen Herrn kennen, der Betrüger war und sie pekuniär ausnützte.

Zweite Anstaltsaufnahme am 22. 11. 1928: Bei Aufnahme stark reduzierter Ernährungszustand, im Urin anfangs Zucker und Azeton. Affektlabil, kritiklos, querulierend. Bei Entlassung am 31. I. 29 ruhiger, gut erholt, aber noch völlig einsichtslos. Gebessert entlassen.

Nach Entlassung wieder viel in Krankenhäusern, nahm dort heimlich Schlafmittel, erhielt im Krankenhaus Phanodorm. Oktober 32 wieder zu Hause, vermehrter Phanodormabusus, fiel aus dem Bett, erkannte den sie besuchenden Hausarzt nicht, vernachlässigte sich äußerlich stark. Ende November 32 wegen Magenbeschwerden ins Krankenhaus, dort heimlich Phanodorm genommen, von dort zur Beobachtung auf Psychose erneut in unsere Anstalt.

Dritte Anstaltsaufnahme am 9. 12. 32: Bei Aufnahme elendes Aussehen; wollte nicht wissen, warum sie in die Anstalt käme. Hier bald gute körperliche Erholung. Leicht erregbar, verlogen, erklärte die Angaben ihrer Angehörigen über ihren unsteten Lebenswandel und ihre körperliche Vernachlässigung für stark übertrieben oder völlig unwahr. Schließlich unauffälliger, fleißig, am 17. 2. 33 gebessert entlassen.

Fall 5: H. H., Arbeiter, geb. am 30. 7. 1894: Vor 1932 schon sechsmal in unserer Anstalt wegen Psychopathie. Seit Kindheit schwierig, Zwangserziehung, unverträglich, eigensinnig, verlogen. Häufig wegen Unterschlagung, Betruges, Diebstahls und einmal wegen Fahnenflucht und Notzuchtsverbrechens während des Krieges bestraft. Bei seinen früheren Anstaltsaufenthalten schwierig, reizbar und querulierend, jedoch nicht süchtig.

Siebente Anstaltsaufnahme am 24. 3. 32: Anfang März wegen Ischias ins Krankenhaus. Dort beim Besuch der Braut mit dieser Streit. Darüber niedergeschlagen und schlaflos. Hatte schon vor der Aufnahme ins Krankenhaus Phanodorm verschrieben bekommen und auch Phanodorm im Krankenhaus erhalten. Speicherte Phanodorm auf, nahm einige Tage nach dem Streit mit der Braut 2 g Phanodorm auf einmal, angeblich um wieder einmal ordentlich schlafen zu können. Am nächsten Morgen im Phanodormrausch in unsere Anstalt verlegt. Bei Aufnahme lallende Sprache, unsicher orientiert. Am nächsten Tage orientiert, Sprache noch leicht lallend, gab zu, Phanodorm in selbstmörderischer Absicht genommen zu haben. Schnelle körperliche Erholung, am 31. 3. 32 geheilt entlassen.

Fall 6: P. W., Apotheker, geb. am 10. II. 1881: Mit Geisteskrankheit und Nervosität belastet. Selbst angeblich normal entwickelt. Pharmaziestudium. 1904 Morphiummißbrauch angeblich wegen Überarbeitung, 1905 Entziehungskur, dann angeblich bis 1920 kein Morphium mehr genommen. Bis 1910 Provisor, dann von 1911—1913 Apothekenbesitzer, darauf Rentner. Alkohol- und Nikotinabusus. 1915 ins Feld, 1916 Herzneurose und Krampfadern, deshalb bis 1917 im Lazarett. 1918 wegen Nervenleidens vom Militär mit Rente entlassen. Seit Kriegsende wirtschaftliche Schwierigkeiten, konnte angeblich wegen der Krampfadern das Stehen nicht aushalten und bekam deshalb keine Stellung als Apotheker mehr. 1920 wieder Morphiumabusus, in den folgenden Jahren immer wieder rückfällig. Von 1921—1929 zahlreiche Konflikte mit dem Strafgesetz, Geld- und Gefängnisstrafen wegen Beleidigung, übler Nachrede, Betruges, Diebstahl und schwerer Urkundenfälschung. Kam 1927 aus dem Gefängnis in die Anstalt Langenhagen, dort Diagnose Psychopathie und für vermindert zurechnungsfähig erklärt. Seit 1931 Ulcus ventriculi, im August 32 zum Magenspezialisten, der die Magenbeschwerden für funktionell hielt und Phanodorm verschrieb. Wegen starker Magenschmerzen nahm der Kranke auf einmal 2 g Phanodorm, danach Erregungszustand, Tobsuchtsanfall in seiner Wohnung, schlug auf die Polizeibeamten, die von den Begleitern des Krankenwagens zu Hilfe gerufen waren, mit einem Knüppel ein, zertrümmerte Gegenstände, wurde schließlich in unsere Anstalt gebracht.

Erste Anstaltsaufnahme am 24. 8. 1932: Saß bei Aufnahme weinend auf dem Stuhl, wollte anfangs nicht in der Anstalt bleiben. Stark verwaschene Sprache, suchte diese damit zu entschuldigen, daß er sein künstliches Gebiß zurzeit nicht trüge. Am nächsten Tage noch etwas schwer besinnlich und verlangsamte Auffassung. Später reizbar, querulie-

rend, am 29. 8. 32 entlassen, um sich wegen seines Magengeschwürs in interne Behandlung zu begeben.

In der Folgezeit war der Kranke noch dreimal kurze Zeit in unserer Anstalt, einmal hatte er vorher wieder kleine Dosen Morphium genommen.

Fall 7: A. G., Souffleuse, geb. am 3. I. 1900: Mit Trunksucht, Epilepsie, Debilität, Psychopathie und Schlafmittelsucht belastet. Selbst unsteter Lebenswandel, häufiger Berufswechsel. Im 19. und 23. Lebensjahr Gallensteinkoliken, damals Morphium, von 1923—1925 Veronalabusus neben Morphium, erste Morphiumentziehungskur 1925, zweite 1926 ohne wesentlichen Erfolg, seit 1926 bis Mai 1930 im ganzen siebenmal wegen Rückfall im Krankenhaus. Von Januar bis Mai 1930 Phanodorm genommen zusammen mit Hyoscin und Luminal, anfangs abends 0,5 g Phanodorm. Nahm einmal 2 g Phanodorm auf einmal, schlief im Souffleurkasten ein, nahm ein anderes Mal 4 g Phanodorm auf einmal, wurde in benommenem Zustande ins Krankenhaus gebracht, wachte dort acht Stunden nach der Einnahme von Phanodorm wieder auf.

Erste Anstaltsaufnahme am 31. 5. 1930: Kam einige Tage später in unsere Anstalt; abgesehen von großer Mattigkeit keine Entziehungserscheinungen mehr, körperlich und neurologisch o. B. Gab hier an, daß sie außer Phanodorm auch wieder Morphium genommen habe. Hier etwas uneinsichtig, aber trotz mehrfachen Stadturlaubes nicht rückfällig. Sie berichtete noch weiter, daß sie nach Phanodorm auch nach Dosen von 0,6 g wie betrunken sei, hinterher habe sie einen starken Kater mit Brechreiz.

Später war die Kranke im ganzen noch viermal in unserer Anstalt, sie kam teils wegen Verstimmungszuständen, einmal kam sie wegen Hyoscin- und Luminalmißbrauches, einmal wegen Morphiummißbrauches. Am 18. 3. 33 vergiftete sie sich in ihrer Wohnung mit Veronal und starb am nächsten Tage.

Fall 8: R. G., Elektriker, geb. am 12. 7. 1891: Nicht belastet. 1908 Typhus durchgemacht. 1917 Gewehrsteckschuß linke Ulna, Geschoß entfernt, bis 1929 beschwerdefrei. 1929 Osteomyelitis im linken Unterarm, seit dieser Zeit etwa 30 Armoperationen, zuletzt linker Arm im oberen Drittel des Oberarms amputiert. Erhielt seit 1929 Morphium, hat Dosis angeblich niemals stark überschritten. Seit 1931 Pantopon, alle zwei Tage 20 g einer 2%igen Lösung. Seit einem halben Jahre Pantopon und Phanodorm, seit vier Monaten nur Phanodorm, das er sich häufig ohne ärztliches Rezept kaufte. Im November/Dezember 32 viel Phanodorm genommen, häufig bis zu 6 g täglich, danach Rausch- und Tobsuchtsanfälle, lief von Hause fort, irrte in der Stadt umher, wurde durch die Polizei nach Hause gebracht, Stimmung in dieser Zeit zeitweise niedergeschlagen, sprach mitunter von Selbstmord. In den letzten vier Wochen vor der Anstaltsaufnahme täglich 0,4—0,8 g Phanodorm genommen. Ging am 19. 2. 1933 zur Entziehungskur ins Krankenhaus, von dort am nächsten Tage freiwillig in unsere Anstalt.

Erste Anstaltsaufnahme am 20. II. 1933: Im Krankenhaus und bei uns keine Entziehungserscheinungen, klagt über Schmerzen im Amputationsstumpf (Amputationsneurom?), sonst körperlich und neurologisch o. B. Kam schon am zweiten Tage ohne Schlafmittel aus. Am 24. II. 33 aus der Anstalt entwichen.

Zweite Anstaltsaufnahme: am 2. III. 33: In stark somnolenten

Zustand wieder in die Anstalt, auch durch längeres starkes Schütteln nicht zu erwecken. Schwache Lichtreaktion der Pupillen. Wachte etwa neun Stunden nach der letzten Einnahme von Phanodorm wieder auf. Starke Unruhe, schwitzte sehr. Auch am vierten Tage nach der Aufnahme noch leichte motorische Unruhe, hochroter Kopf, Schwitzen geringer geworden. Schnelle Erholung, aber uneinsichtig, entwich noch zweimal aus der Anstalt.

Fall 9: Frau F. S., geb am 4. 4. 1894: Nicht belastet; immer etwas empfindlich und nervös. Im 19. Lebensjahr Facialistic, im 26. Lebensjahr wegen Aufregungszustände vier Wochen im Sanatorium. März 32 Tod des Mannes, darüber sehr niedergeschlagen und wirtschaftliche Sorgen. Auf Rat des Hausarztes sich ohne Rezept Phanodorm gekauft. Dezember 32 Suicidversuch mit 30 Tabletten Phanodorm. Magenspülung, kam danach schnell zu sich. Vier Tage Krankenhaus, geheilt nach Hause entlassen. Kurze Zeit später zu Hause wieder Phanodorm genommen, 6—8 Tabletten täglich, gelegentlich bis zu 14 Tabletten. Drei Tage vor Aufnahme in unsere Anstalt kein Phanodorm mehr genommen. Freiwillig zur Entziehungskur in die Anstalt.

Anstaltsaufnahme am 24. 4. 33: Bei Aufnahme psychisch geordnet, gedrückte Stimmung, grobschlägiges Händezittern, fahriges, aufgeregtes Wesen. Kurz nach Aufnahme epileptischer Anfall, danach verwirrt und erregt. Vom 25.—29. 4. 33 täglich je ein epileptischer Anfall. Gehobene Stimmung heiterer Affekt, verkennt Personen und Situation, desorientiert. Gedankengang fast ideenflüchtig, paraphasisch. Erst am 2. 5. 33 völlig klar, nur sehr undeutliche Erinnerung an die Erlebnisse während des Delirs.

Phanodorm in Dosen bis zu 0,3 g abends als Schlafmittel genommen hatte nach den Erfahrungen von *Mansbacher*, *Müller*, *Hermann*, *Lackerbauer*, *Quensel*, *Pfannmüller*, *Langheinrich*, *Weiß*, *Witwer*, *Lindenbaum*, *Nawratil*, *Wolfsohn*, *Silzer*, *Mondre* und anderer keine schädlichen Wirkungen, jedoch nur bei Leuten, die nicht süchtig sind. In dem von Wagner angegebenen Fall nahm der Kranke 10 g Phanodorm auf einmal und starb. *Wagner* sagt nicht, ob es sich in diesem Falle um einen Kranken mit langdauerndem Phanodormabusus gehandelt hat, oder ob der Kranke gleich das erstemal 10 g Phanodorm nahm, die dann den Tod herbeiführten. In dem von *Mosbacher* angeführten Fall, in dem 9,6 g auf einmal genommen tödlich wirkten, ist es ebenfalls unklar, ob der betreffende Kranke vorher schon an Phanodorm stark gewöhnt war. Hält man meinen Fall 1 dagegen, in dem die Kranke in fünf Monaten bis zu 14 g Phanodorm täglich nahm, ohne daß eine tödliche Vergiftung eintrat, so ist es wahrscheinlich, daß es sich in den von *Wagner* und *Mosbacher* angeführten Fällen von Vergiftungstod nach Phanodorm um Leute handelte, die noch keinen bzw. keinen schweren Phanodormmißbrauch vorher getrieben hatten.

Die für den Menschen tödliche Dosis des Phanodorms scheint demnach bei etwa 10 g zu liegen, vorausgesetzt, daß vorher kein oder nur verhältnismäßig wenig Phanodorm genommen worden ist.

Eine wie hohe Dosis Leute, die längere Zeit schweren Phanodormabusus treiben, nehmen müssen, um sich tödlich zu vergiften, ist bisher also noch nicht sicher bekannt, ist auch vielleicht individuell verschieden.

Mader erwähnt, daß bei seinen Kranken, die 4 g Phanodorm auf einmal nahmen, Übelkeit und Erbrechen in verschiedenen Fällen eintrat; *Wolf* erwähnt einen Fall, in dem die Kranke nach 1,4 g Phanodorm erbrach. *Wolf* glaubt, daß das Auftreten des Erbrechens eher darauf zurückzuführen sei, daß mit der Kranken nach Eintritt des sehr tiefen Schlafes, aus dem sie nicht zu erwecken war, ziemlich gewaltsame Bewegungen gemacht worden seien. In meinem Fall 7 gab die Kranke an, daß der Phanodormkater bei ihr von Brechreiz begleitet sei. Von anderen Autoren wurde Erbrechen auch bei langem und sehr sehr starkem Phanodormmißbrauch niemals beobachtet, so daß wohl *Mader* Recht haben mag, wenn er vermutet, daß Erbrechen nach Einnehmen von Phanodorm nur bei Leuten auftritt, die »leicht« erbrechen. Immerhin ist es beachtenswert, daß gerade *Mader* bei einer Reihe seiner Kranken Erbrechen nach Phanodorm beobachtet hat.

Landauer kann man nach meiner Ansicht nicht beipflichten, wenn er sagt, daß sein Fall von Phanodormvergiftung die völlige Unschädlichkeit des Phanodorms selbst in der fünf- bis zehnfachen stärkeren als normalen Dosierung beweise, und ebensowenig kann man *Rosenfeld* zustimmen, der meint, daß der praktische Arzt ohne große Bedenken das Phanodorm in die Hände eines wenig verläßlichen Kranken geben könne. Denn nicht immer bleibt der erste Selbstmordversuch auch der einzigste, beim zweiten Versuch wird der Kranke, aus den Erfahrungen heraus, die er betreffs der zu nehmenden Dosis beim ersten Versuch gemacht hat, in manchen Fällen ziemlich sicher mehr Phanodorm nehmen und dann sein Ziel erreichen. Daß man es unbedingt vermeiden muß, wenig verläßlichen Kranken das Phanodorm in die Hand zu geben, zeigen meine Fälle 1—4 deutlich, ich werde darauf noch näher eingehen.

Auch *Koch* unterschätzt nach meiner Meinung die Gefährlichkeit des Phanodorms, wenn er sagt, sein Fall beweise die geringe Giftwirkung des Phanodorms, da mir seine Kranke zu den wenig verläßlichen Kranken zu gehören scheint, die schon nach einer Aufregung die ihr verordnete Dosis erheblich überschreitet.

Ich komme nun zu den Fällen von *Bürger*, *Mosbacher* und meinen Fällen, in denen ein mehr oder weniger langdauernder und starker Phanodormmißbrauch vorliegt; in diesen Fällen hat sich gezeigt, daß das Phanodorm schwere Schädigungen zu setzen imstande ist. Im Fall von *Bürger* kommt es zu einem Abstinenzdelir mit starker Unruhe und Gehörstäuschungen, in den drei Fällen von

Mosbacher tritt zweimal ein Delir ein und einmal ein Zustand, den *Mosbacher* mehr zu den Halluzinosen rechnet, in allen drei Fällen von *Mosbacher* wurden ebenfalls Halluzinationen beobachtet, in einem Falle (2) Verfolgungsideen, in einem anderen Fall (3) Personenverkennung, in den beiden deliranten Fällen von *Mosbacher* schließlich noch völlige Amnesie für die Zeit des Delirs. In meinem neunten Falle kommt es zu einem Delir mit Verkennung von Situation und von Personen, Paraphasien, Desorientiertheit und zu fast völliger Amnesie für die Zeit des Delirs. In meinem ersten und dritten Fall kommt es mehrfach zu wiederholten Kollapsen und in meinem ersten Fall zu Rauschzuständen, die die Kranke selbst als das Entsetzlichste bezeichnet, was sie je erlebt hat! In wieder anderen Fällen tritt tiefste Bewußtlosigkeit ein.

Bürger wirft noch die Frage auf, ob nicht bei seinem Fall, der an hereditären Tremor litt, der sich beim Phanodormdelir zu einer choreiformen Unruhe steigerte, eine Systemprädilektion vorliege in dem Sinne, daß bestimmte zentralnervöse Systeme erhöhter ansprechbar sind. Als diesem Falle analog könnte man vielleicht *Mosbachers* dritten Fall ansehen, in dem die Hirnrinde durch die Arteriosklerose, die durch die beiden von dem Kranken durchgemachten Schlaganfälle feststeht, erhöhter ansprechbar ist und dadurch das Auftreten von epileptischen Anfällen nach Phanodormmißbrauch begünstigt wird.

Im Fall 1 von *Mosbacher*, im Fall von *Langelüddeke* und in meinem neunten Fall treten ebenfalls epileptische Anfälle auf, hier wurden die Anfälle wahrscheinlich durch die plötzliche Phanodormabstinenz und im Fall 1 von *Mosbacher* außerdem noch durch die vorhergehende schwere Schädigung des Gehirns durch Alkohol ausgelöst. In meinem zweiten Fall hatte die Kranke vor Einsetzen des Phanodormabusus selten an epileptischen Anfällen gelitten, erst nach starkem Phanodormmißbrauch traten Anfälle häufiger auf. Demnach treten nach Phanodorm, lange und in großen Mengen genommen, epileptische Anfälle häufiger auf, gleichgültig, ob noch ein anderes das Gehirn schädigendes Moment hinzukommt oder nicht.

Allerdings gehört das Auftreten von epileptischen Anfällen und das Auftreten von Delirien nicht immer zu den Krankheitsbildern, die nach langem und schweren Phanodormmißbrauch auftreten.

Mosbacher und *Langelüddeke* vertreten weiter den Standpunkt, daß das Hinzutreten eines zweiten Giftes sehr wesentlich ist, das trifft auch in meinen Fällen mit Ausnahme von Fall 5 und 9 zu, alle meine Kranken mit Ausnahme der Fälle 5 und 9 haben, bevor sie zum Phanodormmißbrauch kamen, alle möglichen anderen Rauschmittel genommen.

Das Auftreten eines Delirs, ferner das Einsetzen von epileptischen Anfällen sowie die Tiefe der Bewußtlosigkeit scheint nicht immer abhängig davon zu sein, wie lange schon Phanodormmißbrauch getrieben ist und in welchem Grade; wir haben gesehen, wie schon Dosen von 1,4 g Phanodorm fast zum Tode geführt haben, während Dosen bis 14 g täglich ohne tödliche Wirkung bleiben können.

In dem Falle von *Langelüddeke* waren nicht nur Halluzinationen während des Abstinenzdelirs aufgetreten, sondern schon in der Zeit, in der der Kranke Phanodorm und Dicodid nahm. Ob diese Halluzinationen durch die beiden Rauschmittel ausgelöst worden sind, erscheint mir nicht sicher. Es wäre denkbar, daß es sich in diesem Falle um das Vorliegen einer Schizophrenie handelt, wofür die Belastung mit einer endogenen Psychose sprechen könnte, und daß das Bild der Schizophrenie durch das Abstinenzdelir stark überlagert wurde.

Bei allen neun von mir dargestellten Fällen handelt es sich um psychopathische Kranke, bei denen Verstimmungszustände und Zustände von Reizbarkeit und Erregung im Vordergrund stehen. Alle diese Kranken mit Ausnahmen der Fälle 5 und 9 sind seit Jahren gewöhnt, zu Beruhigungsmitteln zu greifen, wenn ihr Minderwertigkeitsgefühl es ihnen unmöglich macht, sich den Erfordernissen des Lebens gewachsen zu zeigen. Mit Ausnahme der Fälle 5 und 9 haben unsere Kranken im Laufe der Jahre die verschiedensten Mittel genommen, bis sie alle beim Phanodorm angelangt sind. Das Phanodorm kann bekanntlich ohne ärztliches Rezept in jeder Apotheke gekauft werden. Gerade der Umstand, daß jeder süchtige Psychopath in der Lage ist, sich jederzeit beliebig viel Phanodorm zu verschaffen, bietet meines Erachtens eine Gefahr für derartige Kranke. Die Gefahr wird dadurch noch erhöht, daß diese Kranken meistens überzeugt sind, daß Phanodorm leicht verträglich ist, gut wirkt und wenig Nebenerscheinungen hervorruft.

In meinen Fällen 1, 2, 3, 6, 7 und 8 handelt es sich um frühere Morphinisten, die jetzt um so eher zum Phanodorm gegriffen haben, je mehr es zurzeit erschwert ist, Morphium auf legalem oder illegalem Wege zu bekommen.

Von den seit dem Jahre 1930 in unserer Anstalt wegen Arzneimittelmißbrauches aufgenommenen Kranken stehen der Zahl nach die wegen Phanodormmißbrauch aufgenommenen Kranken mit neun Kranken an zweiter Stelle, während an erster Stelle die Morphinisten mit 22 Fällen stehen. Wegen Mißbrauchs von Opium, Dicodid, Kokain, Veramon und Luminal war seit dem Jahre 1931 je ein Fall in unserer Behandlung.

Ich habe schon vorhin erwähnt, daß Phanodorm in den Apo-

theken ohne ärztliches Rezept abgegeben werden darf. Aus diesem Grunde erscheint mir es nicht zweckmäßig, daß während der Krankenhausbehandlung solche Kranke Phanodorm verordnet erhalten, bei denen auch nur der geringste Verdacht irgendwelcher Süchtigkeit besteht. Bekommen solche Kranke im Krankenhause Phanodorm und lernen dabei die gute Wirkung und die leichte Bekömmlichkeit dieses Mittels kennen, erfahren sie dazu noch, daß sie sich Phanodorm jederzeit in der Apotheke beschaffen können, so ist zu befürchten, daß der Phanodormmißbrauch in der Folgezeit noch mehr zunehmen wird. Durch Umfrage bei den Bremer Ärzten und Apotheken habe ich in Erfahrung gebracht, daß Phanodorm zurzeit sehr viel verschrieben wird und auch ohne Rezept häufig gekauft wird. Noch größer ist die Gefahr für Süchtige, die in die Sprechstunde des praktischen Arztes kommen, um sich Phanodorm verordnen zu lassen. Der viel beschäftigte praktische Arzt ist häufig gar nicht in der Lage, sofort zu erkennen, daß der Kranke, der sich von ihm Phanodorm verschreiben läßt, süchtig ist. Der praktische Arzt wird deshalb Phanodorm leichter verordnen als der Krankenhausarzt, der im Laufe der Krankenhausbehandlung den Süchtigen als solchen zu erkennen leichter in der Lage ist. So werden sicher Süchtige, denen der praktische Arzt in der Sprechstunde Phanodorm verordnet, öfter zum Phanodormmißbrauch kommen.

Die starke Zunahme der Morphiumsüchtigen nach dem Kriege, die sicher zum großen Teil durch die allzu freigebige Verordnung von Morphium in den Lazaretten verursacht ist, sollte eine Warnung sein, jetzt den Süchtigen ein so leicht erhältliches, aber nach den Erfahrungen von *Wolf*, *Landauer*, *Rosenfeld*, *Wagner*, *Koch*, *Bürger*, *Mosbacher*, *Kaiser* und *Langelüddeke*, sowie nach unseren eigenen Erfahrungen keineswegs ganz harmloses Beruhigungsmittel, wie es das Phanodorm ist, in die Hand zu geben.

Erfreulicherweise sind unsere schwersten Phanodormsüchtigen, soweit das heute zu kontrollieren ist, nicht wieder zum Phanodormabusus zurückgekehrt, so daß die Prognose des Phanodormmißbrauches nach unseren Erfahrungen erheblich günstiger zu stellen ist als die der Rauschmittel der Opiumgruppe und des Alkohols.

Nach unseren Erfahrungen möchten wir aber trotzdem dringend befürworten, Phanodorm unter Rezeptzwang zu stellen, weil anderenfalls zu befürchten ist, daß der Phanodormmißbrauch sich weiter ausbreitet.

Zum Schluß spreche ich Herrn Prof. Dr. *Walter* für die Anregung zu der Arbeit und Überlassung des Materials meinen besten Dank aus.

Literaturverzeichnis.

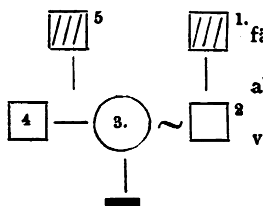
1. *Mansbacher:* Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 39, Jg. 52.
2. *P. Müller:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 35, 1925.
3. *G. Hermann:* Medizinische Klinik, Nr. 3, Jg. 24.
4. *Lackerbauer:* Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 99.
5. *Quensel:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 23, 1925.
6. *Pfannmüller:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 46, 1925.
7. *Langheinrich:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 50, 1925.
8. *R. F. Weiß:* Medizinische Klinik, Heft 9, 1926.
9. *K. Witwer:* Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 13, 1926.
10. *Lindenbaum:* Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 43, 1926.
11. *Nawratil:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 33, 1926.
12. *Wolfsohn:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 44, 1929.
13. *Silzer:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 49, 1926.
14. *Mondre:* Wiener Klinische Wochenschrift, Nr. 4, 1928.
15. *Mader:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 47, 1926.
16. *Impens:* Medizinische Klinik, Nr. 18, 1925.
17. *Wolf:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 5, 1927.
18. *Landauer:* Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 14, 1927.
19. *Rosenfeld-Klausenburg:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 33, 1930.
20. *Leschke:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 30, 1932.
21. *Fretwurst, Halberkann* und *Reiche:* Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 36, 1932.
22. *Koch:* Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 44, 1927.
23. *Bürger:* Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 72, 1929.
24. *Mosbacher:* Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 2, 1932.
25. *Langelüddeke:* Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 36, 1932.

Die Geisteskrankheit König Heinrich's VI von England.

Von

Richard Zimmermann, Krankenhaus Hamburg-Langenhorn.

Die Wellen des stark proletarischen Kade-Aufstandes waren kaum verebbt. Da drohte im Sommer 1453 ein politischer Prozeß von größtem Ausmaß. Herzog Heinrich von Somerset war nach London befohlen worden, um Rechenschaft über den Verlust der Normandie zu geben. Mit ihm traf auch sein politischer Gegner, der Herzog von York ein. Dazu kam noch, daß der Staatshaushalt völlig verwirtschaftet war, und die Königin für den Oktober ihrer Niederkunft entgegensah. Den auf ihn einstürmenden Nöten und Sorgen war Heinrich VI nicht mehr gewachsen. Aus gesunder Familie stammte die Majestät nicht, und in einer gesunden Haut stak er von Kindheit gerade auch nicht.



1. Heinrich IV. stirbt nach mehreren Schlaganfällen mit 46 Jahren an Melancholie,
2. Heinrich V., tüchtiger Regent und Heerführer, aber von bigotter Frömmigkeit,
3. Katharina von Frankreich, lebenslustig, ohne vielen inneren Halt,
4. Karl VII. Erneuerer Frankreichs.
5. Über ein halbes Menschenalter: schwer geisteskrank. Karl VI.
6. Heinrich VI.

Bei *Whycrest* heißt es: Apud Claryngstone subito occidit in gravem infirmitatem capitis, ita quod extractus a mente videatur... ut nec valeret pedibus nec sursum erigere verticem, nec de loco, in quo sedebat, bene se movere.

Whetan vervollständigt diese Angaben noch, daß der Kranke »sensu pro tempore careret et memoria nec valeret.

Bei einem Besuche des Dorfes Claryngstone zeigte sich bei dem Könige, der im 32. Lebensjahre stand, eine plötzliche Geistesumnachtung. Es handelt sich um eine ausgesprochene Bewegungsarmut mit Verlust der zeitlichen und örtlichen Orientierung. Die Krankheit ging schnell in einem vorübergehenden Zerfall der ganzen Persönlichkeit über. Da wurde am 13. Oktober 1453 dem Lande der langersehnte Prinz geboren. Sofort begannen die Yorks zu tuscheln. Es sei verwunderlich, daß ein so kranker und kopf-

schwacher Mann einen so niedlichen und gesunden Jungen bekommen hätte. Auf Wunsch des Parlamentes begab sich im Dezember 1453 eine Abordnung aus Ärzten und Geistlichen zum König. Sie stellte fest, daß der Kranke weder geschäftsfähig noch verhandlungsfähig sei. Eine erneute Untersuchung stellte im Sommer des nächsten Jahres 1454 fest, daß der König noch immer geisteskrank wäre. Darüber heißt es in den Parlamentsakten for no prayer, ne desire, lamentable chere ne exhortation, he eny that they or eny of theim crowde door sey.

Wir nennen so etwas heute einen Hemmungszustand. Der Kranke ist ohne Beziehung zu seiner Umgebung und völlig mit sich selbst beschäftigt.

In einem anderen Bericht heißt es, daß der Herzog von Buckingham den Kranken völlig unzugänglich gefunden hätte. Man hoffte von einem Besuch seiner Frau mit dem Kinde, daß der König sich aufraffen werde. Von diesem Besuche heißt es: The Queene come in and toke the Prince in hir armes and presented hym in like fourme as the Buckingham had done desyring that shuld blisse it, but alle their labour was in veyne, for they departed them without any answer or coutenance onely saying that ones he locked on the Prince, and caste doune his eyne ayen without answere.

Gegen Ende des Jahres erholte der Kranke sich. Aus Briefen bürgerlicher Familien erfahren wir etwas näheres. Zu Weihnachten besuchte ihn die Königin und brachte den kleinen Prinzen mit. Der König fragte, auf welchen Namen das Kind getauft wäre. Als er hörte, daß es Edward hieße, streckte er die Arme zum Himmel und dankte Gott dafür. Er erzählte, daß er an die Zeit seiner Krankheit gar keine Erinnerung hätte. Er wisse nicht einmal, wo er sich befunden, noch was man mit ihm gesprochen hätte.

Die Besserung muß überraschend schnell sich vollzogen haben. Man sieht bei solchen Kranken gerade des öfteren, wie fast über Nacht Orientierung und Persönlichkeit wieder zurückkehren. In der nunmehr ausgebrochenen Fehde zwischen Somerset und York wird am Pfingstsonntag 1455 der König verwundet und von den Yorks gefangen, die ihm freudig huldigen.

Im Juni des nächsten Jahres 1456 erkrankt der König von neuem, ohne daß wir äußere Anlässe zu sehen vermögen. Das ist eine den Irrenärzten geläufige Erscheinung. Diesmal ging die Erkrankung schnell vorüber. Der König war bald wieder soweit hergestellt, daß er seinen hadernden Baronen die Versöhnung befahl.

Heute bezeichnen wir die Krankheit als ein »Periodisches Irresein mit katatonischem Stupor«. Dabei ist es völlig gleichgültig, ob wir solche Krankheitsbilder zu dem manisch-depressiven oder zu dem schizophrenen Formenkreis zurechnen wollen. Das Entscheidende ist das »Periodische«.

und daß die einzelnen Nachschübe sich oft gleichen. Solche periodisch verlaufenden Seelenstörungen wiederholen sich von Zeit zu Zeit. In der Zwischenzeit erinnert kaum noch etwas an die Krankheit.

Trotz der wieder ausgebrochenen Fehde, in der das Kriegsglück auf und ab schwankte und vieles auf Heinrich einstürmte, blieb er gesund. Selbst als er vier Jahre später (1460) in die Hände der Yorks fiel und den siegreichen Herzog als Thronfolger anerkennen mußte, litt seine seelische und geistige Gesundheit keinen Schaden. Sah es 1453 so aus, als ob es sich um eine reaktive Psychose handele, daß also die »slings und arrows of the outrageous fortune« den auslösenden Hebel in Bewegung gesetzt hätten, so lehrt der Verlauf der einzelnen Erkrankungen, daß bei König Heinrich dem exogenen Faktor eine viel geringere Bedeutung zukommt als dem endogenen. Selbst seine Absetzung (1461) löste keine Erkrankung aus. Der König war und blieb gesund. Er lebte in den königlichen Gemächern des Towers sein stilles, zurückgezogenes Leben und scheint froh gewesen zu sein, daß er mit all dem Hader und Köpfe-rollen-lassen, nichts mehr zu tun hatte. Seine Anhänger rissen ihn aus der Beschaulichkeit seines Daseins heraus. Wir finden Heinrich VI. in den Jahren 1460/61 erneut im Felde und auf der Flucht nach Schottland. Auch seine erneute Gefangennahme (1465) und die unglaubliche Behandlung, unter der er diesmal zu leiden hatte, überwand er ohne sichtliche geistige Störung. Die Danziger Chronik, dessen Ratsschreiber den unglücklichen Mann unter dem Galgen stehen sah, schreibt: Ev stroehut auf seinem haupt vnd ein taue vmb seinen Leib gebunden vnd die buffen lieffen vmb in vnd behoneten in. In den Jahren erneuter Gefangenschaft ist er dann wieder erkrankt. Man machte ihn lächerlich, daß er »ohne Arzt und Apotheker« nicht auskommen könne.

Die politischen Unruhen und die Zwietracht unter seinen Gegnern rissen Heinrich noch einmal (1471) in den politischen Strom. Als Graf Warwick ihn aus dem Tower holte, fand er einen kranken, depressiven Mann, der verwahrlost war und nichts Königliches mehr an sich hatte. Angst und Neugier hatten seine Pfleger auf die Straße getrieben. Verständnisvolle Menschen hatten ihm einen Starmatz zur Gesellschaft gegeben.

Geistesgestörte schließen sich mitunter an die liebe Kreatur an und kümmern sich so sorgsam um ihre Kaninchen, Vögel oder weißen Mäuse, daß man selbst bei ganz rabiaten Kranken das Verständnis für ihre Mitmenschen wiederkehren sieht.

Seinem gelehrigen Gesellschafter hatte der sehr still gewordene Kranke so oft das Vaterunser und die sieben Nothelfer in seiner eintönigen Sprechweise vorgebabbelt, daß der Vogel ein Stück der Glaubenslehren aufsagen konnte. Der Kranke meinte zu seinem Befreier, daß jetzt wenigstens die unvernünftige Kreatur

ihres Schöpfers gedächte, wenn es die Menschen nicht mehr täten. Graf Warwick fand den Kranken »nozt worschippfully arrayed as a prince and nozt so clenly kepte as shuld seme suche a prynce«. Heinrich war völlig willenlos. Er machte einen schwermütigen, fast blöden Eindruck, als man mit ihm, in blauem Sammet gekleidet, durch die Straßen Londons ritt. Regiert hat er nicht mehr viel. Er blieb still und zurückgezogen und leierte halblaut, mehr mit sich selber sprechend, die liebgewordenen Gebete an seinem Rosenkranze ab. Er wurde herausgeputzt, wenn man ihn brauchte, bot aber immer mehr das Bild völligen Zerfalls.

Das Kriegsglück wandte sich wieder dem Hause York zu. Mit dem kranken Manne machte der siegreiche York keine Umstände mehr. Wie ein verstaubtes Versatzstück wurde Heinrich wieder in den Tower gesteckt. Der Tod seines Sohnes, die Flucht seiner Frau und das Unterliegen seines Hauses, nichts machte mehr auf ihn auch nur den geringsten Eindruck. Der schwere depressiv-katatonische Hemmungszustand, der ihn anderthalb Jahrzehnte verschont hatte, hatte seit etwa 1470 einen neuen Schub gezeitigt. Noch hin und wieder erhob einer seiner alten Anhänger die alten Fahnen seiner Familie. Ihn kümmerte nichts mehr.

Am 21. VI. 1471 zog der siegreiche York von neuem in London ein. In der Nacht nach dem Einzug ist Heinrich VI. um Mitternacht im Tower verstorben. Nach Fleetwoods Erzählung war er der schweren geistigen und körperlichen Zerrüttung erlegen. »Pure displeasure and melancholy.«

Das ist eine auch heute noch bei Geisteskranken ab und zu vorkommende Todesursache. Man muß die Unsauberkeit, die Nahrungsverweigerung und die Neigung zu Selbstbeschädigungen und Selbstmord solcher Kranken in Betracht ziehen.

Da aber am Morgen noch Blut aus der Nase sickerte, ist wohl eher ein Schädelbruch anzunehmen. Der beste Geschichtsschreiber jener fernen Zeit ist der sog. Continuator secundus monasterii Croylandensis, der am Hofe der Yorks lebte. Er sagt klipp und klar, daß Heinrich VI. in jener Nacht ermordet ist, kennt auch die Mörder und fährt dann fort: »Taceo: hoc temporum interstitio inventus esse corpus Regis in Turri Londonensi examine: Parcat Deus, et spatium poenitentiae ei donet, quicunque tam sacrilegas manus in Christum Domini ausus in inmittere.« Kaum war König Heinrich begraben, als die Kirche dem frommen Dulder sogleich allerlei wunderbare Heilungen zuschrieb. Als von der Leiche Wunder ausgingen, und Wallfahrten, die der Kirche Geld und Ansehen einbrachten, ins Werk gesetzt wurden, untersagte der York den Mönchen ihr geschäftstüchtiges Gebaren und verbot jedes weitere Wunder. Da wurde es still um die Gruft.

(Aus der Psychiatrischen Anstalt »Maasoord« der Stadt Rotterdam.)

Über die Rauschsucht.[1])

Von

Dr. **A. M. Meerloo.**

In den letzten Jahren hat man in die eigenartige Sucht nach Rausch und Betäubung, zu der wir auch die Trunksucht rechnen müssen, klinisch einen tieferen Einblick gewonnen. Verschiedenen Tatsachen verdanken wir diese erweiterte Einsicht, an erster Stelle der größeren Anzahl narkotischer Stoffe. Die jüngere Chemie hat vielerlei neue Produkte auf den Markt geworfen oder alte Narkotika gereinigt dem Arsenal des Rauschsüchtigen einverleibt, von denen ich nur das Morphin, das Kokain, das Heroin, das Dionin, die zahlreichen Schlafmittel, u. a. Chloral und Veronal, nenne. Vergiftung mit diesen Produkten führte zu sofortiger Aufnahme vieler Betroffenen in Krankenhäuser, wo ihr Zustand während der Heilung eingehend studiert werden konnte. An zweiter Stelle hat das Durchdringen der Seelenkunde in die medizinischen Wissenschaften unser Urteil beträchtlich geschärft. Zu allen Zeiten sind, rein intuitiv, über die typische Versklavung an Rausch- und Genußmitteln zwar treffende Dinge gesagt worden, das wissenschaftliche Studium dieser Materie in Krankenhäusern und psychiatrischen Anstalten datiert jedoch erst von den letzten Jahrzehnten. Ärzte, die diese Erscheinungen des menschlichen Seelenlebens beobachteten, fanden als Wichtigstes heraus, daß all diese verschiedenen krankhaften Äußerungen sich wesentlich nicht so sehr von den Seelenerscheinungen im nicht erkrankten Leben unterscheiden.

Bei Kranken — und einen Trunksüchtigen müssen wir als Seelenkranken betrachten — sind diese seelischen Äußerungen anders gruppiert, es fehlen ihnen bestimmte Erscheinungsformen oder sie sind gröber, uns fällt der Mangel an ethischen Hemmungen auf, alte Instinkte brechen durch, kulturelle Gewohnheiten sind abhanden gekommen, aber etwas »Hinzugekommenes«, ein Plus zeigt das Krankheitsbild uns nicht: fast immer stellt sich ein »Zuwenig« heraus.

[1]) Nach einem Vortrag zur 90jährigen Feier des Niederländischen Abstinenzler Vereins (N. V.) 1932.

Es dürfte also richtig sein, uns beim Studium des Alkoholismus und der Trunksucht die Frage vorzulegen, auf welcher allgemeinen Eigenschaft die Abweichung beruht, in welcher Weise wir dieselbe Veranlagung beim nichtkranken Menschen antreffen und was im Menschen lädiert worden ist oder sich verändert haben muß, damit die Neigung krankhaft durchbrechen konnte.

Wenn man die tieferen Ursachen der Sucht nach alkoholischen Getränken ergründen will, dürfte es falsch sein, bei dem, was sich im Körper und in der Seele des Trunksüchtigen, des chronischen Betrunkenen, abspielt, Halt zu machen.

Schon hier im Anfang dieser kleinen Abhandlung möchte ich auf diese Methode der Untersuchung und der Fragestellung hinweisen, weil Psychiater und Arzt die sozialen Tatsachen prinzipiell anders sehen, als diejenigen, die das Leben und Handeln eines Volkes zu beurteilen oder es zu führen berufen sind. Der Psychiater versucht, die geheimen Triebfedern im Menschen aufzuspüren; Ausgangspunkt ist der Mensch selbst und nicht seine Lebensumstände. Der Arzt fragt z. B. nicht erst, ob diese menschlichen Äußerungen etwa der Allgemeinheit zugute kommen, sondern er trachtet danach, zu erforschen, was sie dem Individuum selbst bedeuten.

Wenn man sich aber sozial einstellt und sich in dieser Richtung betätigt, hat man die Trunksuchtfrage gelöst, wenn man diese Sucht innerhalb gewisser Schranken zu begrenzen vermag, z. B. durch Verkaufsverbote für alkoholische Getränke usw. Der Psychologe muß jedoch darüber hinaus, er muß weiter forschen. Bei der Rauschsucht unterscheidet er die tieferen Motive, z. B. des Alkoholismus oder des Morphinismus, von der Art, in der diesen tieferen Motiven und Wünschen nachgegeben wird und von der Weise, wie sie sich äußern. Wir werden im Verlauf dieser Schrift noch sehen, daß die Weise wie Rauschsucht sich äußert, dem Menschen auch zum Segen gereichen kann.

Da der Gebrauch berauschender Mittel (Narkotika) in den letzten Jahrzehnten im ständigen Steigen begriffen ist (in Amerika war dieses schon vor dem Erlaß des Alkoholverbots mit Kokain und Morphin der Fall) ist es geboten, neben Bekämpfung dieses Übels durch Trockenlegungsgesetze, weit mehr noch die besondere Aufmerksamkeit auf die psychologischen Motive beim einzelnen Menschen zu lenken. Dieses gilt auch für den Anti-Alkoholiker (Alkoholgegner) obwohl er auf seinem speziellen Kampfgebiet schon vieles erreicht hat.

In der künstlichen Befriedigung der Rauschsucht mit narkotischen Mitteln liegt eine große soziale Gefahr; gewaltige Summen menschlicher Gesundheit und menschlicher Energie werden vertan. Man würde jedoch falsch gehen, wenn man nur

Alkohol oder Opium oder Kokain und dergleichen zu den berauschenden Kulturgiften rechnen wollte. Der Alkoholmißbrauch läßt sich im allgemeinen nur leichter erkennen. Er hinterläßt derbere Narben im Individuum und offenbart deutlicher dessen schlechte Eigenschaften. Dadurch richtet sich der Kampf allererst gegen den Mißbrauch, während man übersieht, daß den sogenannten »unschuldigen« Trinkbräuchen und dem Trinkzwang entschieden mehr die allgemeine Sucht nach Rausch und Betäubung innewohnt. Ich möchte dieses nachher noch eingehender erläutern.

Zuerst möchte ich mich noch mit den obengenannten tieferen Beweggründen befassen.

Für die verschiedenen Formen der Rauschsucht nimmt man allgemein eine erbliche Belastung an. Was man sich darunter denkt, steht nicht so ganz fest: der eine spricht von einem unveränderlichen minderwertigen Kern, der in der Persönlichkeit gelagert sei, der andere erwähnt eine allgemein schwächere Veranlagung, bei der außerdem Erziehung und Umgebung für die Berauschungssucht (Narkomanie) einen Boden heranbilden.

In Holland nimmt *Frets*[2]) eine erbliche Alkoholsucht an. Andere dagegen behaupten, daß nur die Willensschwäche angeboren sei. Erziehung und Umgebung hätten dann die spätere Trunksucht vorbereitet[3]).

Die psychologische Wissenschaft hält für diese spezielle Einschätzung eines in der Anlage minderwertigen Menschen die Bezeichnung: »psychopathische Veranlagung« in Bereitschaft. Sie will mit dieser Abstempelung nur sagen, daß das psychopathische Individuum schon von der Geburt an schwankend oder schnell aus dem Gleichgewicht zu bringen gewesen sei.

Aus dieser abnormalen Veranlagung allein werden wir jedoch den richtigen Rausch nie verstehen lernen; solche rauschsüchtigen Menschen entgleisen nur leichter im Leben. Wir müssen einsehen, daß gerade diese Sucht nach Rausch und Betäubung, die Sucht, um in einer Exstase oder in einem Traum alles, was tief in uns verborgen ist, auszuleben, eine allgemein menschliche Eigenschaft ist.

Bei dem einen Menschen kommt diese Sucht mehr, bei dem anderen weniger zum Ausbruch. Jeder Rausch heißt: sich von der Wirklichkeit abwenden wollen. Die tatsächlichen Aufgaben des Lebens werden in irgendeiner Weise ausgeschaltet, die logischen Hemmungen versagen und losgelöst von der Lebensrealität wird Befriedigung für das gesucht, was in tiefster Seele

---

[2]) *Frets:* Alkohol und Eugenetik. Festbündel. Dr. *Klinkert.* Rotterdam 1927.

[3]) *Peabodx:* Journal of Inebriety. Oktober 1930.

an verborgenen Wünschen schlummert. Nicht durch die Betäubung mit einem beliebigen Gift werden minderwertige Eigenschaften ins Leben gerufen, nein, man strebt nach dem Rausch, um den heimlich herbeigesehnten Ausschreitungen und Ausschweifungen freien Lauf lassen zu können.

Der Betrunkene, der Berauschte bricht in eine neue Welt voller Phantasie ein, in der die verschiedensten Neigungen und Lüste, die er sonst zügeln müßte, sich ungehemmt verwirklichen lassen. So wie eine überwiegende Anzahl anderer Erscheinungen in unserem Seelenleben, hängt diese Flucht in eine Welt voller Berauschung aufs engste mit dem sexuellen Leben des Menschen zusammen und mit seinen diesbezüglichen Wünschen, die nicht zur Befriedigung gelangen konnten[4]).

In der psycho-analytischen Literatur hat sich einschlägiges Tatsachenmaterial angesammelt. Die Betrunkenheit bietet eine Möglichkeit, uralte Instinkte wieder zu wecken. Die Psychiater sprechen in diesem Fall von einem Rückschritt, von einer Regression. Es gibt ein Stadium in unserem Leben, in dem sich alle unseren erotischen Wünsche durch Trinken befriedigen lassen und das Alkoholtrinken kann diese Urbefriedigung wieder hervorrufen. Bei den an Narkomanie Erkrankten ändert sich das sexuelle Leben, es stellt sich eine Abnahme der sexuellen Kraft ein, oft tritt eine übertriebene Eifersucht auf, bei vielen eine Neigung nach der Homosexualität. Dies alles weist auf eine primitive und minderwertige Befriedigung der Triebe hin. In der künstlichen Berauschung gibt man sich mit etwas Minderwertigem zufrieden.

Im täglichen Leben nennt man den Rausch, der ohne Rauschgift zum Durchbruch gelangt, »sich ausleben«. Der Wunsch, sich auszuleben, kommt bei vielen Menschen vor, wenn, durch alle Hemmungen der landläufigen Moral hindurch, doch versteckte Neigungen und Phantasien zum Ausbruch dringen.

Der Psychiater kennt psychopathische Menschen, bei denen dieser Rausch von Zeit zur Zeit von sich aus, ohne etwaiges Narkotikum, auflodert. Dann werden diese Menschen hemmungslos, sie geben sich allen Ausschweifungen hin und toben sich aus, so daß alles, was in ihnen steckte, herausgeschleudert wird. Sie führen in diesen Abschnitten ein merkwürdiges Leben, das

---

[4]) Dieses Verlangen nach dem ausschweifenden Rausch sehen wir gerade bei denen auftreten, die durch äußere Umstände gezwungen waren, ihre Süchte und Begierden einzudämmen. Die dann einsetzende Freiheit wird in einer langen Orgie gefeiert. Z. B. der Seemann bricht in der Hafenstadt aus allen Banden und gerade dann wirft der Alkohol seine letzten Hemmungen über Bord.



sich gar nicht mit ihrem sonstigen Benehmen in Einklang bringen läßt. Wir sprechen in solchen Fällen von einem Traumzustand oder Delirium.

Der kräftige, selbstbewußte Mensch hegt durchwegs kein Verlangen nach einem derartigen Rausch. Meistens zeugt der Rausch von Schwäche oder von innerer Leere oder von großer Verlassenheit. Der Mensch, der sich schwach fühlt und sich seiner Minderwertigkeit bewußt ist, ergreift eine Möglichkeit sich dieses elenden Gefühls des Nichtkönnens zu erledigen. Nicht, daß er nun etwa versucht, mehr zu leisten, aber er will sich selbst die Empfindung verschaffen, mehr zu sein. Und will er sich in diese Lage versetzen, nichts einfacher als seine Zuflucht zu einem künstlichen Rauschmittel zu nehmen, um den Zustand des Sichgehenlassens herbeizuführen.

Im Rausch fühlt der Mensch sich unbegrenzt, er zerbricht alle Schranken. Es ist ihm zu Mute, als ob sich ihm die Pforten einer weiteren Welt öffnen. Der primitive Mensch glaubte sogar, daß er durch den Rausch in eine mystische, übernatürliche Welt hinaufsteigen könnte. Und der Mensch, der soeben noch von Konflikten zerrissen war, hat nun im Rausch die Empfindung, von seinem grauen Selbst losgelöst zu sein: er fühlt sich leichter werden.

Claude Farrère[5]) beschreibt das Gefühl im Opiumrausch:

»Es ist ein sich von Minute zur Minute weniger stofflich, weniger klein menschlich Fühlen, es ist die Flucht des Geistes, der sich aus dem Körper verzieht, ein Empfinden der eigenen Seele, die sich dem Gehirn entringt — es ist die Bewunderung für die Steigerung unserer edelsten Funktionen — nur wenige Opiumzüge machen uns Helden, Aposteln und Göttern gleich. Und danach erfaßt uns ein Gefühl der tiefsten Ruhe, in der der Mensch an nichts denkt und sich nach nichts sehnt, in der er in ein Nirwana einkehrt, in dem das Ich ausgelöscht ist.«

Diese Worte schildern einigermaßen, nach welcher Art von Seelenverfassung der Mensch mit seinem künstlichen Rausch trachtet, welche flüchtige Erlebnisse er, es koste was es wolle, in das eigene Gehirn zurück- oder hervorrufen will.

Einerseits ist es der Traum der Allmacht, des Herrschertums über ein großes, phantastisches Reich, andererseits ist es das nirwanische Gefühl, nicht zu leben, ein Gefühl vollkommener Ruhe. Es ist nur zu begreiflich, daß ein Mensch, der schwerfällig und grüblerisch veranlagt ist, der sich abquält mit seinen Sorgen, zu diesem Erlösungsmittel greift. Die Handlungen derer, die sich in einem solchen Zustand befinden, sind nicht mehr

---

[5]) Dr. *M. Amir:* Opium und Psyche. Indien und Das Opium. Batavia 1931.

im Einklang mit dem, was sie tatsächlich erleben. Ihre Hemmungen sind aufgehoben, mit ihren Träumereien und Wünschen weilen sie in einer anderen Sphäre, ihre Hände betätigen sich losgelöst durch Phantasien und verrichten Taten ohne zweckmäßigen Plan.

Es gibt auch noch eine andere Betrunkenheit, die Trunkenheit. Im obenerwähnten Rausch versucht der Mensch ein innerlich empfundenes Zukurz durch eine Scheinwirklichkeit auszufüllen. Wir kennen aber auch den Rausch, in dem das Gemüt Entladung sucht, weil die Seele zu erfüllt ist. Nietzsche macht u. a. diesen Unterschied. Wenn das Herz zum Bersten voll ist und sich äußern muß, ergreift es den Rausch, um die letzten Hemmungen zu lockern. Dieses sehen wir auch im Festrausch, in dem alles Primitive in uns freikommt, das Kindliche und Unbekümmerte, welchen Zustandes der Mensch sich jedoch sich selbst gegenüber schämt und zu dem er ohne berauschende Getränke überhaupt den Weg verloren hat.

Die Psychologie der Trinksitten hängt aufs engste mit der Psychologie des Feierns zusammen. Ein Fest feiern ist schwierig. Je mehr die frische Aktivität, die innere Fröhlichkeit fehlt, um so stärker hat man das Bedürfnis, zum Rauschmittel zu greifen, zum alkoholischen Festtrunk zu langen. Das fröhliche Fest entartet und wird zur Schwelgerei.

Man muß es immerhin als böses Zeichen ansprechen, daß man in der heutigen Kultur wenig dafür übrig hat, den Menschen das Feiern schöner Feste beizubringen. Ein Fest verlangt Aktivität und Phantasie, aber der heutige Mensch läßt sich lieber nur ablenken und unterhalten und hat die Fähigkeit verloren, selbst sich sein Spiel auszudenken.

Aus obigem ließe sich für den Alkoholgegner auf die Wichtigkeit schließen, sich der Aufgabe zu widmen, dem Menschen beizubringen, ohne Narkotikum seine Feste zu begehen.

Trotzdem — ich greife zurück — sollte man nicht annehmen, daß der Mensch nur mit Narkotiken allein, sich zu betäuben versucht. Die Sucht, unserem kleinen menschlichen Selbst unser Ich zu entreißen und die Unzufriedenheit mit unserer eigenen Unzulänglichkeit und unserer alltäglichen Existenz ist so zerschlagend, der Kampf zwischen reicher Phantasie und der arm gewähnten Wirklichkeit so verbissen und verzweifelt, daß der Mensch mannigfaltige Selbstverblendungsformen sucht, eine Gier nach dem Rausch züchtet, der sich z. B. mit Alkohol in so leicht zugänglicher Weise erzielen läßt.

Jeder denkende Mensch hat tausendfache Konflikte mit der Realität; die harte Wirklichkeit von heute trachtet jeder von uns in eine ideale Wirklichkeit von morgen umzuformen. Rausch-

gifte schaffen eine eingebildete Wirklichkeit, aber es gibt auch zahlreiche psychische Prozesse, im Menschen selbst gelagert oder in seiner Umgebung verankert, die imstande sind dieses Reich der Phantasie herbeizuzaubern, falls ihm eine glückliche Wirklichkeitswelt fehlt. Der Seelenarzt kennt mancherlei derartige Prozesse innerhalb des menschlichen Seelenlebens, durch die der Mensch in eine Welt des Wahns und der Einbildung entflüchtet, um Ersatz für rohe Wirklichkeit und Mangel an Glücksgefühl zu suchen.

Derartige seelische Mechanismen sind gewiß sehr allgemein vorkommend und sicher nicht als abnormal zu veranschlagen. Der Bewußtseinszustand, den wir Rausch nennen, ist ein normal vorkommendes Gefühl. Jeder Mensch, kann dieses als ein »Sich-Selbst-Entsteigen«, als ein »Aus-Sich-Selbst-Treten«, als ein »Verweilen-über-dem-Irdischen«, als ein »Im-Siebenten-Himmel-Sein«, erleben. In diesem Rausch kommt der Mensch sich ungebunden vor, er ist von einem unfaßbaren Genußgefühl erfüllt, er fühlt sich jenseits aller Beschränkung. Es ist ihm, als ob sich ihm ein neuer Horizont aufgetan hätte (*Klatt*) (8). Den Festrausch der Seele, die übervoll ist, kennen wir alle: es ist die trunkene Freude, die wir auf den Höhepunkten unseres Lebens erleben, die berauschende Freude, wenn wir in einem fröhlichen Aufzug mitziehen, es ist das erhebende Gefühl nach jeder stärkeren Emotion, nach einem Sportwettkampf, in dem wir Sieger geblieben sind oder wenn uns eine schwierige Arbeit gelungen ist: der Arbeitsrausch. Wir kennen den Siegesrausch, bei dem der Sieger wie ein Besessener aus dem anstrengenden Kampf hervorgeht. Den Frühlingsrausch und den Liebesrausch kennen wir: die Berauschten sind der Realität entstiegen. Weiter unterscheiden wir noch den geistigen Rausch, der sich in einem Aufgehen im eigenen denkenden Gehirn äußert, wenn der Mensch die tägliche Nüchternheit weit unter sich läßt, den Rausch des Mystikers, des geheimnisvollen Sehers, den Rausch des schaffenden Künstlers.

In diesen Rauschzuständen ist der Mensch los von der Wirklichkeit und lebt in einer Stimmung höchster Glückseligkeit. Dieses Gefühl gehört also zum Besten unseres Lebens. Es gibt jedoch Menschen, die diesen Rausch nicht mehr entbehren können. Sie darben ohne ihn, sie sehnen sich inbrünstig nach dieser schwindelnden Höhe des Glücksgefühls zurück und können ohne diese gesteigerte seelische Verfassung nicht mehr leben.

Jetzt suchen sie in der künstlichen Berauschung eine Lösung, eine Erlösung. Die darbende Seele strebt nach dem Erlangen eines nirwanischen Gefühls, der Mensch versucht, sich über das Gefühl kläglicher Verlassenheit zu erheben. Gerade überempfind-

liche Menschen, die durch Emotion leicht aus der Bahn geschleudert werden, kommen sehr schnell dazu, künstliche Rauschmittel zu Hilfe zu nehmen. Es gibt eine psychische Krankheit, die Melancholie, die des öfteren mit Stoffwechselstörungen zusammenhängt. Ihr Anfangsstadium kennzeichnet sich durch eine überzarte Empfindlichkeit. Diese Menschen greifen manchmal im Anfang ihrer Krankheit zum Alkohol, um durch dieses Mittel ihre starken Minderwertigkeitsgefühle zu verscheuchen. Die leichteren Schwermutsformen verlaufen meistens periodisch; bei diesen Menschen sprechen wir von einer periodischen Trunksucht oder Dipsomanie. Diese Form der Dipsomanie, das Quartalsaufen, läßt sich vom Arzt sehr gut beeinflussen.

Natürlich gibt es außerhalb der nakotischen Gifte vielerlei andere Mittel, dazu angetan, das eigene Gefühl der Minderwertigkeit aufzuheben. *Fuchs* erzählt in seinem Buch: »Wir hinter Gittern«, in dem er das Leben von Menschen in der Gefangenschaft beschreibt, wie es nur weniger und ärmlicher Schlagworte und Betäubungsschreie bedarf, um einen armen unglücklichen Menschen zu berauschen. Mit dick aufgetragenen Worten, mit Schönrederei, mit Wichtigtuerei und Prahlerei kann so ein armer Mensch sich eine ganze phantastische Welt erschaffen und am Ende kann ihm, falls der Fall krankhaft entartet, der Größenwahn in seinem Rauschbedürfnis zu Hilfe kommen. Der Gefangene kann sich an dem Gedanken, daß in Bälde seine Strafzeit um ist und er frei sein wird, betrinken, berauschen. Und er erträumt sich eine Freiheit, die nirgends auf Erden zu finden ist. Viele kurzanhaltende Geistesstörungen bei Gefangenen können wir als ein andauerndes Besessensein von diesem Freiheitsrausch ansprechen.

Bis jetzt habe ich einiges über die tieferen Beweggründe, die uns dazu bringen können, uns nach diesem alles beherrschenden Gefühl des Rausches zu sehnen, und von der zügellosen Äußerung verborgener Lüste und Bestrebungen in uns gesagt. Es gibt aber einen großen Unterschied zwischen diesen Beweggründen und dem unmittelbaren Anlaß, der uns zu einem dem Rausch verfallenen Menschen macht. Solch eine ummittelbare Veranlassung kann die »harmlose« Morphinspritze des Arztes sein, die bei irgendwelcher Krankheit nötig war. Auch hier gilt die Redensart: wer Pech anrührt, besudelt sich. Der Alkoholismus tritt häufig bei Menschen auf, die in der Spiritualien-Industrie arbeiten, Morphinismus kommt verhältnismäßig viel bei Ärzten und Pflegern vor. Bei Morphin liegt schon eine erhebliche Gefahr in einer einmaligen Injektion, durch die der Patient mit der Verführung zum Gift in Berührung kommt. Der Arzt läuft tatsächlich mit diesem gegen heftige Schmerzen verabreichten

Mittel die Gefahr, aus seinem Patienten einen Morphinisten zu machen. Bei einem anderen Menschen ist die Trauer um einen teueren Verstorbenen, die direkte Veranlassung zur Betäubung, ein dritter wiederum wird das Opfer der Verlockung zum Rausch, wie es z. B. die Trinksitten mit sich bringen. Tief versteckt in diesen Menschen ruht nun die Veranlagung, die einem Fortschreiten auf dem einmal eingeschlagenen Weg nicht Einhalt zu gebieten vermag. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang wäre noch die besondere Giftwahl. Jedes Gift vermittelt ein spezifisches Gefühl der Berauschung. Darum werden bestimmte Typen immer wieder zu einem bestimmten Rauschmittel greifen. Homosexuelle z. B. finden den Alkohol ein zu grobes Rauschmittel und bevorzugen feinere Narkotika, wie Heroin und Kokain.

Welche Möglichkeiten gibt es in der heutigen Gesellschaft, sich ein künstliches Phantasiereich, erfüllt von unterbewußten Begierden, zu schaffen? Krankhafte Abweichungen möchte ich hier nicht erwähnen, nur einige Beispiele aus dem allgemeinen Leben herausgreifen. Wir stoßen dann neben den Trinksitten auf das Naschen und Rauchen, den Tanz, das Kino, den Sport usw. Will ich einige, auf anderem Plan gelegene Formen erwähnen, so finden wir den Rausch in allem wieder, was der Mensch mit ganzer Seele tut, in allem, wofür er sich mit seinem ganzen Ich einsetzt. Auch der Kampf gegen das Rauschmittel, z. B. gegen den Alkohol, kann uns berauschen. Unsere Wertung des Rausches darf deshalb nur von der Erwägung des Nutzens abhängen, den Individuum und Gemeinschaft aus ihm ziehen können.

Es dürfte wunder nehmen in diesem Zusammenhang vielerlei Volksgewohnheiten aufgezählt zu finden. Hier ist nicht Raum für eine ausführlichere Erörterung über jede einzelne dieser Gewohnheiten, aber als eigentümliche Erscheinung dieser Zeit müssen sie hier schon erwähnt werden, da wir Berauschungssucht und Wirklichkeitsvergessen behandeln. Ich möchte jedoch nachdrücklich hervorheben, daß ich bemüht bin, bei der Beurteilung dieser Gewohnheiten möglichst objektiv zu sein und sie nicht in Bausch und Bogen verurteilen möchte. Sport und Tanz sind mir sogar selber nah ans Herz gewachsen, aber im allgemeinen hat sich hier ein Faktor eingeschlichen, der statt das Leben zu bereichern, etwas von seinem Reichtum abschleift.

Was die Trinksitten betrifft, glaube ich annehmen zu dürfen, daß wohl jeder ohne weiteres meiner Ansicht ist. Wenn man realisiert, wie schwer es ist, ehrlich und aufrichtig fröhlich zu sein, reich an geistigen und körperlichen Momenten Feste zu feiern, eine gewisse Dosis steifer Förmlichkeit über Bord zu werfen, versteht man auch die primären Beweggründe zum Fest-

trunk, und daß der Mensch bestrebt ist, allererst den innerlichen Widerstand zu betäuben, damit der ungehemmte Festrausch zum Durchbruch kommen kann. Der Trinkzwang stammt im Grunde aus der Scham über die eigene Fröhlichkeit: erst nachdem diese Scham mit allen ihren Begleiterscheinungen und Folgen ausgeschaltet worden ist, getraut man sich wieder kindlich lustig zu sein.

Daß die Naschsucht — das Bedürfnis nach Süßigkeiten — diesen Hang teils ersetzen kann, dürfte weniger bekannt sein. Aus der Zergliederung krankhafter Gewohnheiten ist uns dieses jedoch bekannt geworden. Wir haben nämlich beobachten können, daß in Zeiten des Niedergangs und der Depression eine banale Naschsucht einsetzt und allmählich das Feld beherrscht. Zum Fest gehören denn auch neben dem Trinken die lukullischen Genüsse. Sogar treffen wir Fälle einer intensiven Verklavung an Naschereien an.

Tanz, Kino, Sport möchte ich in einem nennen. Alle drei beanspruchen ja, der Entfaltung seelischer und körperlicher Eigenschaften zu dienen. Der Tanz will in bestimmter rhythmischer Bewegung das Leben gestalten, das Kino will die höchsten seelischen Erschütterungen auf die Leinwand bannen und der Sport will unsere Kraft und Muskeln stählen.

Aber wie sieht es in der Wirklichkeit aus?

Alle drei bieten nur einen minderwertigen Ersatz. Sie betäuben das ursprüngliche Streben und geben im Tausch nur billige Nachahmung heraus.

In einem Bericht des Reichsausschusses (Holland) über die Beurteilung des Tanzproblems in seiner heutigen Fassung kam man zu dem Schluß, daß eine Einschränkung des Paartanzes und der Tanzgelegenheiten, wie diese jetzt beschaffen sind, viele Schwierigkeiten mit sich bringen würde. Die Frage ist nämlich die, was kommt tatsächlich im Tanz zur Äußerung und werden ohne Tanzlokale nicht gröbere Entgleisungen zum Durchbruch kommen. Das Wiegen im Rhythmus der Musik zusammen mit einer größeren Masse Menschen ist immerhin eine Betäubung starker körperlicher Reize, die sich einen Weg bahnen wollen und in anderer Form nicht abreagiert werden dürfen oder können. Der Massen-Tanz ist in der Sprache der Psychologen eine Verdrängung. Ich spreche hier nicht von dem individuellen Tanz und dem rhythmischen Gruppentanz, auch nicht von dem Volkstanz. Ganz im Gegenteil: in diesen Arten des Tanzes realisiert sich vielmehr ein Element des Bedürfnisses an Äußerung eines Formerlebens und einer höchsten Grazie, die der Körper zur Gestaltung bringen möchte. Aber gerade der massale Paartanz im Ballsaal betäubt diese höhere Form.

Das Kino ist eine andere Form der Massenbetäubung, zu der Tag für Tag die Leute herangezogen werden. Ich möchte in diesem Zusammenhang das Buch von *Fülop Miller:* »Die Phantasiemaschine« erwähnen, in dem er zergliedert, was die Kinobesessenheit dem Menschen bietet. Und wir sehen, daß an Stelle eines reichen Lebens meistens nur billige Phantasie gestaltet wird. Das Kino bietet Ersatz für dasjenige, was an reiner Phantasie im menschlichen Gehirn lebt. Im Kino wird dem Menschen Scheinreichtum vorgegaukelt und die belohnte Tugend als ein ethisches Ideal hingestellt, versteckte sexuelle Spannungen werden an die Oberfläche befördert, damit der geistigarme, einbildungslose Mensch einige Stunden der Woche in dieser Attrappenwelt leben kann. Die reine, echte Phantasie und die aktive geistige Arbeit werden vernachlässigt, ja geradezu ausgeschaltet. Selbstredend fällt hierunter nicht der Film, der diese Massenbetäubung zu ändern bemüht ist, und nach eigenen filmischen Wertgebieten sucht, aber ich spreche von dem chronischen Kinobesucher (und der auf ihn zugeschnittenen Produktion), der im Kino in zwei Stunden Scheinleben einen billigen Rausch sucht.

Über den Sport und seine Wetten, Matches und Kämpfe brauche ich wohl kaum ausführlicher zu sein. Er sollte Mittel zur Ertüchtigung und Verschönerung des Menschen sein, ist jedoch zum Selbstzweck herabgesetzt und zu einer Massensensation erniedrigt worden. Das Brüllen der Zuschauermenge rundum ein Fußballfeld läßt sich sehr gut mit dem »Sichausleben« eines Berauschten vergleichen. Auch hier findet der Mensch in der Erregung einen schwachen Ersatz für dasjenige, was das Leben bieten könnte. Der regelmäßige Besuch am Sportplatz ist ein blasser Rausch, eine schale Vergütung für den Traum eigener Kraft. Das Bedürfnis nach gesteigerter Äußerung, einerlei für was, finden wir in allen diesen Erscheinungen ausgeprägt wieder vor, das Jauchzen, Zujubeln, Herumwerfen mit Armen und Beinen, das Mitmarschieren und Mitmachen, all dieses vermittelt ein Gefühl betäubender Berückung. Der Führer einer Masse versteht sich darauf, diese Gefühle auszunutzen.

Es war nötig etwas länger bei diesen Erscheinungsformen zu verweilen, die der Berauschung mit Narkotiken sehr nahe kommen. Es gibt andere Mottos und Wahnideen, die eine Betäubung hervorrufen können, aber es dürfte angebracht sein, immer vor Augen zu halten, daß die Betäubungssucht, die Sucht, sich zügellos gehen zu lassen, eine allgemeine menschliche Eigenschaft ist. Und daß diese Eigenschaft sich dann in Taten umsetzt, wenn die Hemmungen ausgeschaltet worden sind.

Was bewirken denn narkotische Gifte, wie Alkohol, Opium und Morphin?

Sie alle besitzen die Eigenschaft, künstlich, ohne fremde Anstrengung, den Zustand körperlicher und geistiger Zügellosigkeit, zu dem der Mensch aus sich selbst heraus, unfähig ist, hervorzurufen. Diejenigen, die nach dem Rausch verlangen, und sich nicht zutrauen, aus eigener innerer Spannung zum Rausch zu kommen, sehen sich nach einem Hilfsmittel um. Das Geheimnis des Festtrunkes liegt darin, daß der Mensch sich fürchtet, nicht intensiv genug genießen zu können und deshalb die narkotische Betäubung zu Hilfe nimmt.

Aber diese Mittel, von denen der Alkohol ohne Zweifel, weil er unbegrenzt zu erhalten ist, das gefährlichere ist, üben noch eine andere Wirkung aus: sie verändern nach fortgesetztem Gebrauch unseren Körper: er gewöhnt sich allmählich an sie, es hat sich eine Art Gleichgewicht zwischen unserem Organismus und dem einwirkenden Narkotikum herangebildet, so daß der Körper nicht mehr ohne das Gift leben kann, weil bei Enthaltsamkeit allerhand üble Erscheinungen auftreten würden. Dann tritt eine andere Sucht hervor: sie ist nun nicht länger die Sucht nach Betäubung, sondern hat sich in eine Sucht nach dem spezifischen Mittel umgewandelt. Die ursprüngliche Betäubungs- oder Berauschungssucht hat sich in eine Sucht nach Alkohol, oder nach Morphin usw. umgebogen. Wir wissen jetzt, daß derartige Zustände mit einer bedeutenden Störung in der Arbeit und Wirkung des Gehirns zusammengehen. Bei anhaltendem Gebrauch dieser Betäubungsmittel hat sich eine Art der Zusammenarbeit zwischen bestimmten Hirnteilen und dem Alkohol oder einem anderen jeweiligen Narkotikum entwickelt, so daß das Gift dem Gehirn, also dem Körper, unentbehrlich geworden ist. Ohne Alkohol oder ein anderes spezifisches Gift kann der Organismus nicht mehr gut funktionieren. Der Mensch fühlt sich unwohl und elend, bis er sein Narkotikum wieder zu sich genommen hat. Nebenbei behauptet sich allerdings die allgemeine giftige Wirkung des Narkotikums, aber diese ganz spezielle Hirnwirkung erklärt uns die außerordentliche Gier nach dem Betäubungsmittel. Deshalb darf der Arzt in vielen Fällen den Gebrauch des Giftes nicht plötzlich unterbinden, denn in diesem Fall würden sich die sogenannten Abstinenzerscheinungen einstellen, bei denen die Kranken sich tagelang mehr als elend fühlen und sich bisweilen eine direkte Lebensgefahr für sie ergibt. Namentlich nach chronischem Morphinismus und Kokainismus sehen wir solche Symptome auftreten. Der Arzt versucht in derartigen Fällen den Kranken ganz allmählich zu entwöhnen oder er bekämpft mit bestimmten Heilmitteln in

energischer Weise die Abstinenzerscheinungen. Nach chronischem Alkoholismus läßt sich der plötzliche Entzug jedoch meistens gutartig an, obwohl auch hier Gefahr drohen kann; vereinzelt ist schon infolge eines zu raschen Entzugs Delirium tremens aufgetreten. Selbstredend sollte sich immer eine psychische Behandlung der Entziehungskur anschließen, durch die der Kranke einen Einblick in die eigene Sucht gewinnen kann und es ermöglicht wird, ihm zu einer besseren Lösung seiner Lebensschwierigkeiten zu verhelfen.

Leider vernichten aber bald volkstümlicher Trinkzwang und dergleichen vieles von dem, was der Arzt mühsam aufzubauen bestrebt war.

Überblicken wir das Material, dann können wir ihm entnehmen, daß die Betäubungssucht und die Sucht, sich hemmungslos gehen zu lassen, jedem Menschen innewohnt; daß es mehrere Hilfsmittel gibt, diesem tiefverankerten Wunsch entgegenzukommen, die dem Menschen alle einen Ersatz bieten und ihn gleichzeitig daran hindern, die wirklichen Höhen des Lebens vollauf auszukosten.

Nicht der Rausch oder die Betäubungssucht an sich ist gefährlich, aber wohl die Weise, in der dieses Urgefühl geweckt wird. Und nochmals muß ich hier die Frage aufwerfen: was bringt dieser Zustand des Rausches dem Menschen und der Gesellschaft an bleibendem Glück?

Unter den Narkotiken gibt es Verwüster des Körpers und der Seele, wie z. B. der Alkohol und das Morphin. Es gibt auch geistige Narkotika, die uns höchste menschliche Gefühle vorgaukeln wollen, aber es gibt auch einen Rausch, der höhere und tiefere Gedanken in uns wachruft. Nur dieser Rausch ist lebensbereichernd.

Betrachten wir nun den Kampf gegen den Alkoholismus, so ergeht aus obenstehendem, daß wir diesen Kampf in zwei große Faktoren zerlegen müssen.

An erster Stelle tritt der soziale Kampf, der Kampf gegen das große soziale Übel und an zweiter Stelle ergibt sich die persönliche Hilfe, die wir dem einzelnen Menschen angedeihen lassen müssen. Denn tiefster Beweggrund aller Trinksitten ist ein individuelles Zukurz an Glücksgefühl und unsere Aufmerksamkeit sollte deshalb darauf gerichtet sein, dem Menschen das Glücksgefühl zu vermitteln. Mit Entzug des Alkohols allein haben wir keinesfalls individuelle Leere und Mangel an Glück beseitigt. Darum muß in dieser Hinsicht positive Hilfe geleistet werden.

Der Faktor, den wir alle kennen, ist der Kampf gegen das Trinken selbst, gegen das durch das Trinken hervorgerufene

Elend, gegen die sozialen Übel, die mit dem Trinken verknüpft sind. Der Faktor, der weit weniger ins Auge springt, ist nicht der Kampf gegen etwas, sondern vielmehr für etwas, nämlich der Kampf für eine Welt, in der der Mensch so leben kann, daß er sich im höchsten Rausch, ohne Schaden zu nehmen an Körper und Seele, ausleben darf. Dann aber müssen wir eine Welt schaffen, in der die Sucht nach Berauschung nicht durch künstliche Mittel und Umstände Steigerung braucht, in der der Mensch nicht nach Sensation hascht, nach billiger Phantasie und nach einem wertlosen Scheinleben, weil er den Glanz und den Reichtum eines echten uns vollwertigen Lebens nicht auszuhalten vermag. Ich wage nicht, Ihnen genau zu umreißen, wie diese geistig gesündere Welt auszusehen hätte. Der Rausch wird in dieser Welt nicht verschwunden sein, nur die niedrigere und schädliche Betäubung wird in eine höhere umgesetzt werden können.

Der Kampf gegen den Alkoholismus ist eine notwendige Einseitigkeit, die der Ergänzung mit dem positiven Kampf für eine geistig gesündere Welt bedarf. Und hier treten die Schwierigkeiten in Fülle auf, denn zur Umreißung dieser Richtlinien wäre eine grundlegende Kenntnis der menschlichen Persönlichkeit und der Seele der Massen Voraussetzung.

Für den Seelenforscher, den Erzieher und den sozialen Arbeiter, so wie sie in Vereinen zur Förderung der geistigen Volksgesundheit zusammenarbeiten, liegt hier eine schöne, wertvolle Aufgabe. Und last not least reden auch hier unsere Auffassungen über eine Zukunftsgesellschaft ein einschneidendes und entscheidendes Wort mit.

Der Hygienist, der Verhaltungsmaßnahmen für die Hebung der geistigen Volksgesundheit sucht, steht auf diesem Gebiet kaum zu bewältigenden Schwierigkeiten gegenüber. Denn das, was aus der Tiefe der menschlichen Seele hochtreibt, muß er in solche Bahnen zu leiten wissen, daß es den Menschen wirklich bereichert. In jedem Menschen ist die Sucht nach Rausch, lebt der Drang, in einem vollentfalteten Leben aufzugehen. Dieser Drang, mißbraucht und verbogen, kann uns herabziehen auf die untersten Stufen eines Menschenlebens, aber er kann uns, falls gut angewandt, hinaufführen zu den Gipfeln einer vollen, glücklichen Lebensbejahung.

Der den Alkohol bekämpft, kämpft gegen die betäubenden Trinksitten, die ohne wahres Glück zu spenden, zum Ersatz herunterziehen, und der Alkoholgegner muß es lernen, die Menschen für einen höheren Rausch vorzubereiten und ihnen die echte Berückung zugänglich zu machen. In dieser Form wird er zum Mitkämpfer für eine glücklichere Gemeinschaft.

Literaturverzeichnis:

1. *Frets, Wlassak* u. *A.:* Alkohol, Individuum und Gemeinschaft. Assen 1928.
2. *Fuchs:* Wir hinter Gittern.
3. *Fülop*-Miller: Die Phantasiemaschine. Berlin 1931.
4. *Gebsattel:* Süchtiges Verhalten im Gebiet sexueller Verirrungen. M. Psych. Bd. 82.
5. Dr. *M. Amir:* Opium und Psyche. Ausgabe I. O. G. T. Batavia 1931.
6. *Joel* und *Fränkel:* Die Biologie der Person. Teil 4. Konstitution und Konstellation in ihrer Bedeutung für den Mißbrauch der Rauschgifte. Berlin 1929.
7. *Klatt:* Psychologie des Alkoholismus. Halle 1932.
8. —: Rausch. Intern. Zeitschrift. Individualpsychologie. 1932. 2.
9. *Krauß:* Arzt und Alkohol. Med. Wschrift. 1931.
10. *Meerloo:* Das körperliche Substrat der Alkoholsucht und anderer Toxikomanien. Z. Neur. 137.
11. *Meggendorfer:* Genußgifte. Handbuch v. Bumke. Bd. 7. Berlin 1929.
12. *Weyl:* Über Alkoholsucht. Rotterdam 1928.

(Aus der Kreis- und Pflegeanstalt der Pfalz Frankenthal, Direktor Medizinalrat I. Kl. Dr. *Resch*.)

Ein Fall von Pickscher Krankheit mit Wahnideen.

Von

Dr. **R. Niedenthal.**

Bevor ich auf den Fall näher eingehe, möchte ich kurz die Ätiologie und pathologische Anatomie der Pickschen Krankheit streifen. Wir wissen über die Ursache dieser immerhin seltenen Erkrankung heute nur Weniges. Besonders aus den Arbeiten *Grünthals* ist ersichtlich, daß in der Familie des Kranken Schwachsinnsformen und Charakterabweichungen, sowie auch Alterserkrankungen gehäuft vorkommen.

Bis heute sind noch die Ansichten der Anatomen geteilt, zu welcher Gruppe diese Affektion gerechnet werden kann. Es scheint, daß sich die besonders von *Schneider*, von *Braunmühl* und *Stertz* vertretene Meinung durchsetzt, welche in der Erkrankung eine von den Alterserkrankungen völlig getrennte Sonderform sehen. Es handelt sich nämlich um eine Atrophie des Hirn- oder Schläfenlappens, oder beider. Und zwar scheint es, daß sich die Atrophie wie *Spatz* und andere zeigten, mit gewisser Regelmäßigkeit innerhalb der befallenen Hirnteile abspielt und in bestimmten regionären Grenzen bleibt. Der Ausfall von Nervenfasern ist am stärksten in den oberen Rindenschichten, während die tieferen Schichten meist besser erhalten bleiben. Der Krankheitsprozeß spielt sich in den hochdifferenzierten genetisch jüngeren Gebieten, welche funktionell verhältnismäßig stark belastet sind, ab. Die histologische Veränderung besteht in einer einfachen Atrophie des nervösen Gewebes, in einem Untergang der Ganglienzellen und einer Gliaveränderung.

Wie ich schon eingangs erwähnte, kennen wir keineswegs die Ursache, wir wissen nur, daß keinerlei Zusammenhang mit der Arteriosklerose besteht. Wohl aber kann man nach den anatomischen Befunden die Picksche Krankheit sehr wohl mit der Pierre Marieschen bzw. Huntingtonschen Krankheit auf eine Stufe stellen.

Nun zum Krankheitsfalle selbst. Ich muß ihn etwas breit schildern, damit die typischen Krankheitserscheinungen hervortreten und nicht von den augenfälligeren Besonderheiten verdrängt werden.

Ph. L. wurde 1885 geboren. Eine Schwester soll an multipler Sklerose erkrankt und gestorben sein. Er selbst bietet in seiner Jugend nichts besonders Auffälliges, außer daß er immer etwas schwächlicher wie seine Altersgenossen ist. Seiner Familie fällt eine Veränderung der gesamten Persönlichkeit seit Ende 1929 auf. Patient klagt von da an über große Müdigkeit, schläft sehr viel und sehr unruhig, verliert ganz allmählich seine frühere Tageseinteilung. Seine Interessen werden immer geringer, verebben langsam und schließlich hängt das ganze Geschäft — Café mit Konditorei — an seiner Frau. Ja selbst seine Leistungen als Konditor werden immer eintöniger, nur mit Mühe kann er dazu bewegt werden nicht immer ein und dieselbe Torte zu backen. Das Arbeiten wird ihm gleich zuviel, »er braucht immer einen Anstoß«. Sein Gang wird langsamer, träger und unsicherer, an den Ereignissen seiner Umwelt geht er ohne besonderen Eindruck vorbei. Der geschäftliche Zerfall spornt ihn in keiner Weise irgendwie an. Immer mehr zieht er sich in sich zurück, spricht immer weniger, dann wieder nur wenn er besonders und wiederholt dazu aufgefordert wird. Die Sprache wird langsamer und der Frau fällt nach und nach auf, daß sich ihr Mann immer öfter verspricht. Auch würde er Neues gar nicht mehr behalten, alles gehe an ihm spurlos vorbei. Während dieser ganzen Zeit leidet er ab und zu an heftigen Durchfällen, die kaum bekämpft werden können. Ohnmachten, Schwindel, Erschlaffungszustände treten nicht auf. Eine plötzliche und auffallende Veränderung tritt am 2. 3. 31 ein. Patient klagt gegen Morgen über Kopfschmerzen, beginnt im Zimmer umherzulaufen und ist örtlich desorientiert. Langsam beruhigt er sich, steht auch gegen Mittag auf, um dann plötzlich während des Mittagessens sein Glas und seinen Teller zum Fenster hinauszuwerfen. Während des weiteren Nachmittags will er noch verschiedentliche Gegenstände zerstören und muß immer wieder von solchen Tätlichkeiten zurückgehalten werden. Während der folgenden Nacht und Tag ist er manchmal motorisch sehr erregt, aber seinen Handlungen und Bewegungen mangelt jede Zielstrebigkeit, jedes Wollen. Am 4. 3. 31 steht er auf, wird aber plötzlich sehr laut, ruft immer ein- und dasselbe, verlangt stereotyp Wasser und vollbrachte Gewalttätigkeiten und gänzlich sinnlose Handlungen, indem er z. B. ihm ganz fremde Menschen zu Autofahrten einlud. Es kommt am 4. 3. 31 zur Krankenhausaufnahme. Hier ist er verschieden gut ansprechbar, ist aber im großen und ganzen über seine Person orientiert. Er macht einen ratlosen, schwerfälligen Eindruck; während er sonst Eingelerntes ziemlich gut reproduziert, fällt beim Vorlesen auf, daß er gänzlich ohne jedes Verständnis liest und sinnlose Wortbildungen immer wieder vorbringt. Körperlich, serologisch finden sich keine Besonderheiten. Auf der Abteilung kommt es zu Sterotypien in Worten und Handlungen, zu Tätlichkeiten und sinnlosen Zerstörungen. Langsam wird der Patient ruhiger, es bleibt jedoch der auffallende Mangel an Initiative und am 21. 3. 1931 wird er nach Hause entlassen. Diagnose: Organische Demenz? progressive Paralyse? Encephalitis epidemica? —

In der nächsten Zeit redet der Patient oft »durcheinander«, fällt aber sonst nicht auf. Am 17. 9. 31 und in den nächsten Tagen äußert er ganz unvermittelt, daß das Essen vergiftet sei, wird immer unruhiger und kann nur mit Mühe im Bett gehalten werden. Während der folgenden Tage macht er alles in seiner Umgebung durcheinander, es kommt zu Verkehrt-

heiten, wie sinnlosem Lichtanzünden, Aufdrehen von Gashähnen usw. usw. Er spricht sehr viel und mit allen Menschen, denen er habhaft werden kann, z. B., daß er Wechsel gefälscht habe, in das Zuchthaus kommen müsse u. dgl. m. Auffallend ist, als er zur Rede gestellt, an diesen Ideen zunächst festhält. So muß er am 22. 9. 31 wieder in das Krankenhaus aufgenommen werden. Hier bietet er wieder das gleiche Bild wie oben geschildert, nur fällt auf, daß er zeitweilig die Personen verkennt. Unter der Diagnose organische Demenz wird er dann am 8. 10. 31 zu uns in die Anstalt verlegt.

Bei der körperlichen Untersuchung fällt der feinschlägige Tremor der Hände auf und bei der Augenuntersuchung, daß die linke Pupille weiter ist als die rechte. Es kommt zu stereotypen Bewegungen und Handlungen, welche manchmal an Presbyophrenie erinnern. Er ist zeitlich wie örtlich zunächst desorientiert und spricht angesprochen gänzlich sinnloses Zeug. Am 19. 10. 31 nimmt er plötzlich an seiner Umgebung Anteil und während der Exploration fällt auf, daß seine Aufmerksamkeit zwar leicht geweckt, aber kaum auf einen Gegenstand fixiert werden kann. Über seine Vorgeschichte ist er gut orientiert, die ganze Stimmungslage ist gereizt und immer wieder kommt es zu gehässigen Ausfällen besonders seiner Frau gegenüber. Eine Krankheitseinsicht besteht nicht, über die verflossenen Tage weiß er nichts zu äußern. Er habe daheim doch nichts getan und wisse nicht warum man ihn weggeschafft habe. Bei der Intelligenzprüfung sind die allgemeinsten Schulkenntnisse parat und die Versager sind einzig und allein auf den Mangel an Aufmerksamkeit und Interesse zurückzuführen. Manchmal kommt es beim Reihenaufsagen zum Perseverieren. Trotz aller Hinweise hält er daran fest, daß es Herbst oder Winter 1908 wäre, dabei ist er über seine Person orientiert, reiht aber auf Befragen die einzelnen Zeitabschnitte seines Lebens nur lose und manchmal auch unrichtig in der Reihenfolge aneinander. Als er am Ende der Exploration gefragt wird, wo er sich nun befinde, antwortet er: »Auf einem Dampfer bei Ludwigshafen«. Es wird gestützt auf diesen Befund und die Anamnese die Diagnose Picksche Krankheit gestellt, da diese als die einzige Krankheitsform erscheint, in welche sich dieses Symptombild einigermaßen einfügt. Differentialdiagnostisch wurde an Schizophrenie gedacht.

In den folgenden Tagen hält er an der oben angegebenen Ortsbezeichnung fest, nur wechselt zeitweilig der Namen des Dampfers. Die einzelnen Personen werden verkannt, so gibt er zur Antwort, als Ref. ihn fragt, wer er sei: »Sie sind der Oberarzt Cerny, sonst haben Sie als eine Brille auf«. Patient läßt sich von der Wahrheit nicht überzeugen. Besonders ist unter anderem seine Antwort auf die Frage nach seiner näheren Umgebung, in welcher er schläft, interessant. »Nachts, da schlafe ich alleine, da kriegt man als was an den Füßen gemacht, da wird an den Nerven gebohrt, als wenn sie Säuren holten«. Leider war es nicht möglich von dem Patienten näheres darüber zu erfahren, obwohl es ihm verhältnismäßig gut geht und er außer Bett ist. Er läuft in gebeugter Haltung mit kleinen etwas unsicheren Schritten planlos im Hof oder Zimmer umher. Alle Versuche ihn irgendwie zu beschäftigen schlagen fehl. Sich selbst überlassen sitzt er dösend in irgend einer Ecke.

Am 30. 10. 31 wird Patient nochmals eingehend exploriert, da er

einen zugänglichen Eindruck macht. Er spricht spontan verständliche Worte, ist aber nicht besonders gesprächig. Er reiht jetzt nach seinem Leben befragt Erinnerungen bar jeden Empfindens für die einzelnen Lebensabschnitte aneinander. Beginnt dann zwischendurch ein Weihnachtslied zu singen, ohne daß ihm das Unpassende der Situation bewußt wird. Er versteht die Worte, die er hört, kommt Aufforderungen nach besondere Bewegungen auszuführen. Sagt aber zwischendurch spontan: »Ach Sie wollen mich gleich nach der Visite töten. Ja Herr schreiben Sie nicht zu viel (er sieht, wie Referent Notizen macht), schreiben Sie nicht mehr wie Sie tun und lassen können. Tue recht und scheue niemand ... Ich weiß nicht, welcher Doktor mich zu Ihnen gezaubert hat.« Das Verständnis für geschriebene Fragen und Aufforderungen, auch wenn man Kursiv- und Druckschrift gebraucht, ist vorhanden. Er schreibt spontan, jedoch fällt dabei ein ausgesprochener Drang zum Sprechen auf und eine starke Entschlußunfähigkeit. Wiederholt wird die Feder angesetzt und wieder beiseite gelegt, wiederholt muß er aufgefordert werden. Die Schriftzüge sind zittrig, die Richtung der einzelnen Schriftzüge wechselt, sämtliche Rundungen sind eckig und zittriger wie die sonstigen Striche. Aufgefordert irgend einen ihm bekannten Vers zu schreiben, schreibt er folgendes: »Ph. L. aus L. Es war einmal ein Klavier jetzt ein Harmonium geworden — — — So bordgekommen bin, so wollen Sie Ph. L.« Aufgefordert den Satz: Auch das höchste Haus wird aus einzelnen Steinen erbaut abzuschreiben, schreibt er: »Auch das höchstes Zeit aus Grund gelegt.« Nach Diktat schreibt er richtig und nur mit einigen orthographischen Fehlern. Beim Lesen bildet er ganz neue, gar nicht im Text stehende Wörter, bleibt an einzelnen Silben hängen und wiederholt diese dann stereotyp. Gegenstände, deren Name er hört, vermag er zu finden, auch benennt er ihm gezeigte Gegenstände richtig, ohne dabei zu perseverieren. Die einzelnen Gesten werden verstanden und von dem Patienten richtig nachgeahmt. Bei Fragen nach seiner Urteilsfähigkeit, versagt er nicht immer. Es fällt dabei aber besonders auf, wie schwer sich der Patient in einer Situation zurechtfinden kann. So beantwortet er die Frage, ob bei einer zerstückelten Leiche Selbstmord vorliegen kann wie folgt: »Das ist richtig. Es gibt 3, 4, 5, 6, 7, 8 Teile«(?) »Nein das ist nicht richtig, ich habe doch keinen Selbstmord begangen ... Ja das glaube ich, der Bericht muß so gesetzt sein, daß alles übereinstimmt.« Dagegen kann er Oberbegriffe bilden, er wiederholt nur die ihm gegebenen Einzelbegriffe zeitweilig. Als er nach seinem derzeitigen Aufenthaltsort gefragt wird, hält er trotz aller Hinweise daran fest, daß er sich auf einem Dampfer befindet und daß Ref. gerade eben den Bericht für den Kapitän an Bord gemacht habe.

Auch in der folgenden Zeit hält er an dieser Ortsbezeichnung fest, ohne sich den Gegensatz zu dem ganzen Leben seiner Umgebung bewußt zu werden. Die Personen werden weiter verkannt und meist im Zusammenhang mit dem Personenkreis seines ersten Krankenhausaufenthaltes gebracht. So spricht er kurz hintereinander ein und dieselbe Person mit den verschiedensten Namen an, ohne auf die üblichen Hinweise einzugehen. Ja er wird immer etwas gereizt, wenn man ihn korrigiert. Sein Gedächtnis wird immer schlechter, von jetzt auf nachher hat er alles vergessen, z. B. verlangt er, kurz nachdem er zu Mittag gegessen hat, sein Essen, da er noch nichts bekommen habe. Zeitlich ist er gänzlich desorientiert. Auf

eindringliches Befragen gibt er, nur um in Ruhe gelassen zu werden, irgend eine Antwort. Es fällt auf, daß er körperlich zusehends schlechter wird. Eine Körperuntersuchung vom 31. 10. 31 hat folgende Besonderheiten: Starker grob- und feinschlägiger Tremor der Hände, es bestehen keine Kloni, keine pathologischen Reflexe. Halsdrehung bringt Lageveränderung mit sich. Störungen der Tiefensensibilität sind nicht nachzuweisen. Die Muskeln sind beim Betasten schlaff, bei Bewegungen im Ellenbogen und im Kniegelenk zeigt sich Anspannung der Antagonisten. Temperaturerhöhungen waren während der ganzen Zeit nicht festzustellen. In den folgenden Tagen geht Pat. geistig wie körperlich immer mehr zurück. Stets ist er unrein, immer hält er an seinen Ideen fest, wird angesprochen immer gereizter und einsilbiger. Schließlich spricht er nur noch angesprochen etwas, aber endlich verliert sich auch dies, und nun liegt er kaum noch ansprechbar, höchst selten spontan sprechend, meist dösend, zusammengekrümmt im Bette. Nur müheselig bringt man ihm durch Sondenernährung Einiges bei und am 4. 12. 31 stirbt er an Marasmus.

Bei der Sektion finden sich eine beginnende Pneumonie des rechten Oberlappens, Stauungsleber, Stauungsmilz, Atrophie der Magenschleimhaut gegen den Pylorus zu und Atrophie des linken Hirnfrontallappens.

Das Gehirn wurde mit der Diagnose Picksche Krankheit in die Prosektur nach Eglfing geschickt. Der mikroskopische Befund vom 28. 12. 31 ist zunächst folgender: »Eine sichere anatomische und histologische Diagnose kann auf Grund der vorläufigen Untersuchung bei diesem merkwürdigen Falle nicht gestellt werden. Um Picksche Krankheit scheint es sich nicht zu handeln. Auffällig ist eine sehr starke Verfettung der Rindenganglienzellen.« Am 30. 4. 32 wird uns von der Prosektur mitgeteilt, daß die klinische Diagnose Picksche Krankheit zu Recht bestand. »Das Präparat aus dem Frontallappen zeigt eine enorme Verödung und Gliose namentlich in den oberen Rindenschichten. Aus den Stammganglien ist eine erhebliche Vermehrung des Pseudokalks im Globus pallidus zu sehen.«

Man findet also auch hier den Verlauf der Pickschen Krankheit. Aus den üblichen Prodromen wie nervöse Beschwerden, unruhigen Schlaf, Gleichgültigkeit und Merkfähigkeitsschwäche entwickelt sich langsam das Bild des fortschreitenden Prozesses. Es kommt zu Verkehrtheiten, asozialen Handlungen und starkem Herabsinken der Leistungsfähigkeit. Immer mehr bilden sich dann später Veränderungen heraus, welche einem Krankheitsprozeß entsprechen, der hauptsächlich Veränderungen im Stirnhirn setzt. Der Kranke verliert alles Interesse und zeigt keinerlei Lust zu irgendwelchen spontanen Betätigungen. Seine Handlungsweise wird immer leerer und einförmiger, sein Wille liegt brach und zeigt keinerlei Einfluß auf die eintönige Verlaufsform seines Lebens. Alles verläuft, wenigstens was die primitivsten Lebensforderungen betrifft, in längst vorgeschriebenen, bzw. von der Umwelt bestimmten Bahnen. Seine Berufstätigkeit ist gänzlich geistlos, gleichsam nur noch eine Reflexhandlung. Es mangelt jeder innere Antrieb. Langsam bildet sich eine gewisse Einförmigkeit der Be-

wegungen heraus, dann kommt es aber wieder zu plötzlichen motorischen Entladungen. Die intellektuellen Fähigkeiten liegen brach, jedoch kann die Aufmerksamkeit bis tief in die Krankheit hinein noch für kurze Zeit angeregt werden und dann kann man bemerken, daß die durch das ganze Verhalten des Kranken zunächst angenommene Geistesschwäche bei weitem nicht dem wirklichen, noch vorhandenen Wissens- und Urteilsgrade entspricht. Jedoch macht sich auch hier fortschreitend mit der Krankheit immer mehr ein langsames Versanden erkennbar. Der Kranke wird immer unzugänglicher, findet sich in keine Situation mehr hinein. Er legt auch keinerlei Wert mehr auf Konnex mit seiner Umgebung. Ganz im Gegensatz zu der Gewohnheit organisch Verblödeter, welche eine gewisse Neigung zur affektiven Beziehung gegenüber ihrer nächsten Umgebung zeigen. Gänzlich inaktiv und passiv läßt er alles an sich herankommen, ohne dann selbst auf Grund seiner Energie- und Willensschwäche Stellung dazu zu nehmen. Es läßt sich wenigstens im Anfang das Vorherrschen eines gereizten Mißtrauens feststellen, welches besonders stark bei der Berührung seines Ehelebens zum Ausbruch kommt, später weicht aber auch dieses der allgemeinen Leere. Die weitere Entwicklung mit dem Tode an Marasmus entspricht ganz dem üblichen Bilde, wie es besonders *Schneider* von dem Verlaufe der im Stirnhirn hauptsächlich lokalisierten *Pick*schen Krankheit gibt.

Was mich aber nach meiner Ansicht berechtigt diesen Fall so breit zu schildern und letzten Endes als etwas besonderes anzusehen, sind die, wenn ich mich so ausdrücken darf, akzessorischen Symptome.

Wenigstens seit der Aufnahme in die Anstalt am 8. 10. 31 steht die wahnhafte Desorientierung mit im Vordergrunde und es ist auffallend, daß die ganze Zeit über der Patient doch immer an derselben Idee, sich auf einem Dampfer zu befinden, festhält. Während doch sonst der Kranke zum Teil durch das Darniederliegen des Willens, zum Teil durch das Unvermögen, längere Zeit einem Gegenstand seine Aufmerksamkeit zu widmen, ganz verschieden auf ein und dieselbe Frage reagiert, hält er hier an seiner Idee, sich auf einem Schiffe zu befinden, fest. Diese Idee kann er trotz aller Einwände und Überzeugungsversuche nicht korrigieren. *Lange* weist darauf hin, daß die Klarheit über den Ort, an dem wir uns befinden von den Leistungen des Gedächtnisses abhängt, verbunden mit den Wahrnehmungen aus der Außenwelt. Es ist aber eben hier diese fixierte Orientierungsfälschung auffallend und ich glaube kaum, daß die Störung des Willens und der Aufmerksamkeit und damit verbunden die des Gedächtnisses genügt, um diese Erscheinung zu erklären. Es ist vor allem eigenartig, daß

der Patient nicht allein nach seinem Aufenthaltsorte befragt, angibt auf einem Dampfer zu sein, sondern daß er auch andere Begebenheiten seiner Umgebung, andere Situationen in diese falsche Aufenthaltsbezeichnung einbezieht und daß diese in ganz anderem Zusammenhang immer wieder auftaucht. Ich erinnere hier z. B. nur an des Kranken Meinung, daß Referent seine Notizen während einer Exploration einzig und »alleine für den Kapitän an Bord mache«.

Bumke definiert die Wahnidee als einen krankhaft entstandenen und zugleich unkorrigierbaren Irrtum. Daß bei L. richtige Wahnideen vorkommen, läßt sich aus der objektiven Anamnese entnehmen, ich verweise auf die Vergiftungsideen, welche einige Tage ihn beherrschten und auf die Furcht in das Zuchthaus zu kommen, da er angeblich Wechsel fälschte. Die gesamte Persönlichkeit ist also in ihrem Kerne schon derart verändert, daß die Bedingung für die Wahnentstehung gegeben ist. Es läßt sich hier wohl kaum die Entstehung des Wahns aus dem Charakter, der Denkstörung, den Affekten ableiten, der Wahn ist eben da und als solcher hier nicht weiter ableitbar. Der Kranke findet sich mit seinem Wahn einfach ab und gibt sich mit dessen Existenz ohne weiteres zufrieden. Die Sicherheit und das »überlegene Besserwissen«, mit welchem hier alle Einwände abgefertigt werden, mutet geradezu schizophren an.

Es finden sich aber daneben weiterhin Äußerungen und Redewendungen des Kranken, welche denen Schizophrener gleichen. »Nachts, da schlafe ich alleine, da kriegt man als was an den Füßen gemacht, da wird an den Nerven gebohrt, als wenn sie Säure holten«; oder »ach Sie wollen mich gleich nach der Visite töten. Ja Herr schreiben Sie nicht zuviel, schreiben Sie nicht mehr, wie Sie tun und lassen können. Tue recht und scheue niemand... Ich weiß nicht, welcher Doktor mich zu Ihnen gezaubert hat«. Diese Äußerungen lassen sich wohl kaum durch etwaige sensorisch — aphasische Störungen erklären. Der Kranke muß nach dieser Aussage körperliche Mißempfindungen haben, denn nur so sind diese eigenartigen Aussagen zu erklären. Aber auch das Bizarre des Denkens fällt bei dieser Aussage auf. Keinem Menschen fällt doch ein solcher Vergleich, wie der mit dem Holen der Säure aus den Beinen nur irgendwie ein, wenn er irgendwelche Körperstörungen hat. Der Kranke fühlt aber auch hin und wieder eine sonderbare Veränderung in den Beziehungen seiner Umwelt zu ihm. Er faßt durch den Mangel an Spannkraft der Aufmerksamkeit die einzelnen Zusammenhänge seiner Umgebung nicht mehr auf. So kommt es zu einer Verschiebung seiner Person gegenüber jeder Situation, alles erscheint ihm geheimnisvoll und aus dieser Fremdheit heraus

schließt er auf Einflüsse, welche ihn in diese gegenwärtige Lage »gezaubert« haben. Er hilft sich also in Situationen, die er nicht logisch denkend erfassen kann, durch ein magisch-mystisches Erleben.

Auch das Ergebnis der Exploration vom 30. X. 31 zeigt ein zunächst ziemlich ungleiches Bild. Während derselben wurde versucht etwa vorhandene Störungen, welche sich auf eine sensorische oder motorische Aphasie beziehen, festzustellen. Überblickt man aber das Ganze, so zeigen sich wohl da und dort Einzelheiten, welche man diesen Aphasiearten zurechnen kann, aber in dem Augenblick, in welchem diese verschiedenen Befunde nun zu einer Krankheitserscheinung abgerundet werden sollen, zeigt es sich, daß als Gesamtheit genommen, keines der Symptome zu einem Ganzen paßt. Manchmal liegt es ja nahe, an Paralyse zu denken, aber wenn der Patient aufgefordert wird, einen Vers zu schreiben, zunächst seinen Namen und dann: „Es war einmal ein Klavier, jetzt Harmonium genannt... So bordgekommen bin, so sollen Sie..« schreibt, so muß doch das Denken verändert sein. Interessant ist es, daß selbst hier der Kranke daran festhält an Bord eines Schiffes sich aufzuhalten und daß immer wieder Fragmente von Denkinhalten, welche sich hierauf beziehen auftauchen. Das Denken ähnelt nach all diesem sehr stark dem schizophrenen Denken und es läßt sich aus den gegebenen Beispielen ersehen, wie hier einzelne Denkinhalte zerrissen werden, wie der Patient Unzusammengehöriges aneinander reiht, wie er ohne Kontrolle, ohne Zielstrebigkeit plötzlich auftauchende, gänzlich getrennte Begriffe vorbringt.

Der Unterschied beim Abschreiben und Diktieren läßt sich sicherlich durch den Mangel an Spannung der Aufmerksamkeit und dem gänzlichen Erlöschen jeder Aktivität erklären. Allein das durch das Diktieren hervorgerufene immer wieder erneute Fixieren und Hervorrufen der Aufmerksamkeit spannt den Bogen derselben derart weit, daß über längere Strecken, eben durch den Zwang zur Konzentration, die Lösung der gestellten Aufgabe nicht merklich beeinträchtigt werden kann. Das Inganghalten sämtlicher Leistungen sowohl der Psyche wie Motorik geschieht also hier von der Außenwelt, denn ohne dieselbe verfällt der Patient wieder in seine Inaktivität. Es zeigt sich aber trotz diesen Störungen an den Beispielen, daß Teile der gestellten Aufgabe bzw. Teile der Außenwelt immer noch aufgenommen werden, daß diese aber Fragmente bleiben müssen, da die Krankheit jede Konzentration im Keime erstickt. So kommt es, daß Anklänge an die Vorlage sich nachweisen lassen, daß sie aber durch die Denk-, Willens- und Aufmerksamkeitsstörung verstümmelt aufgenommen, wiedergegeben werden.

In der Literatur findet sich kein Fall von Pickscher Krank-

heit mit einem ähnlichen Symptombilde. Im Gegenteil, es wird immer wieder betont, daß Wahnideen bei Pickschen Krankheitsfällen nicht vorkommen. Ich verweise nur auf die Äußerungen von *Bumke, K. Schneider, Runge* und andere. Nach all dem Gesagten liegt es nur nahe, daß der Kranke außer der Pickschen Krankheit noch an einer Schizophrenie leidet. Aber selbst, wenn Einzelheiten an einen schizophrenen Prozeß erinnern, ja oft einem solchen geradezu gleichen, fehlt hier doch bei all den Symptomen als ganzes genommen, die typisch schizophrene Färbung. Es sind gleichsam nur Inseln, welche sich hier nachweisen lassen, aber die Brücke fehlt, welche sie untereinander verbindet. Was hier schizophren anmutet, sind nur Teilstücke, nie die Gesamtpersönlichkeit.

Literatur:

v. Braunmühl: Bumke's Handbuch der Geisteskrankheiten.
O. Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3. Aufl.
E. Grünthal: Z. Neur. 129 (1930). Fortschritt der Neurologie u. Psychiatrie, 1932.
Lange: Allgemeine Psychiatrie, 1927.
W. Runge: Bumke's Handbuch der Geisteskrankheiten.
H. Spatz: Zentralblatt f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 47.
K. Schneider: Z. Neur. 120 (1929).

Aus den Irrenanstalten in Brünn und Sternberg (Mähren), Direktion: Dr. *A. Papirnik* und Dr. *E. Valnicek.*

Hirngeschwülste in Irrenanstalten.

Von

Dr. **Matthäus Weber,** Primararzt in Sternberg.

Hirngeschwülste wurden schon um das Jahr 1600 von *Felix Plater*[1] beschrieben. Aber erst seit dem Beginne des 19. Jahrhunderts wurde ihnen eine allgemeine Beachtung zuteil, und zwar zuerst von neurologischer, später auch von psychiatrischer Seite. *Nasse*[1] erklärte 1821 seelische Störungen bei diesen Tumoren für selten; sie kämen nur bei Erkrankung des Großhirnes, namentlich des linksseitigen vor. Als Symptome führt er an: Gedächtnis- und Verstandesschwäche, erschwertes Denken, zeitweises Phantasieren, zusammenhangloses Reden, Stupor, Melancholie, aber gelegentlich auch Erhöhung der Geisteskräfte. Spätere Autoren geben wohl die ziemliche Häufigkeit von psychischen Störungen zu, meinen aber, daß dieselben selten eine Behandlung in der Irrenanstalt notwendig machen. In neuerer Zeit wird jedoch angenommen, daß Änderungen des Geisteszustandes in fast allen Fällen von Gehirngeschwulst nachzuweisen sind und daß die Irrenanstalten einen nicht unbeträchtlichen Teil dieser Kranken beherbergen. *Redlich*[2] erwähnt, daß Anstaltsberichte 2—3% und mehr solcher Insassen aufweisen. Diese Zahlen scheinen jedoch zu hoch gegriffen. *Jelliffe*[3] gibt unter den Nervenkranken der Vanderbiltklinik 0.25% an, das Prager Ambulatorium für Nervenkranke (Prof. *Haskovec*[4]) als Durchschnitt für die Jahre 1916—1927 (12 Jahre) 0.31%. In den hiesigen Irrenanstalten kann man kaum mit mehr als 0.2 bis 0.3% rechnen (zwei, höchstens drei Fälle auf 1000 Kranke). Wiederholt hat man die Verkennung von Hirngeschwülsten den Anstalten zum Vorwurf gemacht (*Redlich*[2], *Bruns*[5]), ohne deren Überfüllung und mangelhafte Versorgung mit Ärzten in Rücksicht zu ziehen, Zustände, welche nach dem Kriege noch eine weitere Verschärfung erfahren und nicht nur die Besorgnis von Fachleuten, sondern auch von einsichtigen Außenstehenden erweckt haben[6]). Die Verkennung des Hirntumors wird auf mangelhafte neurologische Untersuchung (Unterlassung der Ophthalmoskopie!) oder auch Unterschätzung subjektiver Beschwerden geschoben. Allerdings bildet in den Irrenanstalten die psychiatrische Untersuchung

die Hauptsache, während der Nervenbefund nur eine Ergänzung, bzw. Bestätigung darstellt. Viele Fälle kommen ohne genügende Anamnese zur Aufnahme, und doch spielt nach *Kroll*[7] eine tadellose Anamnese die wesentlichste Rolle in der Tumordiagnose. Die Symptome sind nicht jederzeit so ausgeprägt, daß sie die Annahme einer Geschwulst nahe legen würden; auch die Stauungspapille kann lange Zeit oder dauernd fehlen. (*Henner*[8] *Goldstein*[9]). Außerdem kann sie, wenn vorhanden, ohne Sehstörung verlaufen, welche doch in erster Linie zur Augenspiegeluntersuchung auffordern würde.

Unter diesen Umständen wäre die Diagnose sehr erleichtert, wenn sich eine für Tumor typische Geistesstörung nachweisen ließe. Man glaubte im Korsakoffschen Komplex eine ziemlich sichere Handhabe zu besitzen. Jetzt hält man ihn aber nicht mehr für so häufig wie früher, ohne ihn jedoch auszuschließen. Allgemein herrscht die Ansicht, daß es eine den Tumor kennzeichnende Psychose nicht gibt. Dieser Umstand macht sich in den Irrenanstalten besonders geltend, da Kranke mit Hirngeschwulst wegen ihres, anderen Psychosen entsprechenden Verhaltens unter der großen Menge der Anstaltsinsassen verschwinden, in welcher sie als Epilepsie, Demenz, progressive Paralyse, apoplektisches Irresein, seltener unter anderen Diagnosen geführt werden.

Bei Tumor mit Psychose wird im allgemeinen der erstere als Hauptursache der seelischen Störung betrachtet; doch wird anderen Faktoren wie Erblichkeit, Trunksucht, Lues und Arteriosklerose ein gewisser Einfluß auf die Gestaltung der Psychose zugestanden.

Schädelverletzung als Ursache der Geschwulstbildung ist wohl behauptet, durch die Erfahrungen des großen Krieges aber nicht bestätigt worden[10]). Wie bei anderen Neubildungen hat die ätiologische Forschung auch bei denen des Gehirnes keine entscheidenden Ergebnisse geliefert. Ebenso ist die Lebensdauer dieser Tumoren nicht genauer bekannt. Man nimmt wohl an, daß die häufigsten Geschwülste (Gliom, Sarcom, Endotheliom) durchschnittlich sechs Monate bis zwei Jahre bestehen können. Indessen zieht sich der Verlauf der Erkrankung manchmal ein Dezennium und länger hin. Unbekannt ist auch, wielange ein Tumor bestehen kann, ohne deutliche Symptome hervorzurufen. Jedenfalls verläuft die Erkrankung nur selten latent oder nur mit psychischen Erscheinungen. Ersteres ist nach *Jelliffe*[3] am häufigsten bei Tuberkeln im jugendlichen Alter, letzteres bei senilen Kranken der Fall (*Redlich*[2]). Über den Einfluß der Lokalisation der Geschwulst auf die Entstehung der Psychose hat sich eine beträchtliche Literatur entwickelt und wurde von jeher dem Stirnhirn der erste Rang eingeräumt. Obwohl man diese Ansicht zeitweise ver-

ließ, ist man in neuerer Zeit wieder zu ihr zurückgekehrt. Daß multiple Geschwülste fast immer von Geistesstörung begleitet sind, ist seit langem aufgefallen. Nichtsdestoweniger gibt es auch hier Ausnahmen, wie z. B. *Redlich* anführt (mehrfache große Tuberkel).

Nach dem Geschlechte sollen Männer häufiger als Frauen an Hirntumoren leiden, und zwar im Verhältnis von 2:1. Auch soll die Häufigkeit der Erkrankung nach dem 40. Jahre abnehmen[10]. Aber auch diese statistischen Feststellungen haben keine allgemeine Gültigkeit.

Mit den Fortschritten der Chirurgie hat die Wichtigkeit einer frühzeitigen Erkennung und möglichst genauen Lokalisation der Tumoren zugenommen, weil der chirurgische Eingriff die einzige Möglichkeit der Rettung bietet, da auf Stillstand oder Rückbildung nicht zu rechnen ist. Der letzte internationale neurologische Kongreß in Bern (1931) hat einen großen Teil seiner Verhandlungen der Frage der Tumorbildung im Gehirn, ihrer Diagnose und Behandlung gewidmet, ein Beweis, welche Wichtigkeit der Erkrankung beigelegt wird. *Cushing*[11] erstattete dabei Bericht über die stattliche Anzahl von 2400 Fällen, welche er im Laufe von 33 Jahren beobachtete. Da nun, wie oben erwähnt, ein Teil der Tumorkranken in Irrenanstalten untergebracht sind, wird es diesen obliegen, eine rechtzeitige Diagnose zu stellen. Beim Mangel einer für Hirngeschwulst charakteristischen Psychose, müssen im Wege der Kasuistik jene Symptome und Symptomverbindungen ermittelt werden, welche am häufigsten bei diesen Kranken vorkommen und Verdacht erregen, so daß eine eingehende neurologische Untersuchung vorgenommen werden kann, solange die Benommenheit nicht soweit vorgeschritten ist, daß die Untersuchung ergebnislos bleibt. Aus dem psychischen Befunde allein die Diagnose stellen zu wollen, würde ein sehr gewagtes Unternehmen sein, viel gewagter als bei der progressiven Paralyse, welche immerhin genug häufig aus dem psychologischen Bilde allein zu erkennen ist. Trotzdem wird man nicht versäumen, neben der Wassermannschen Reaktion gewisse Nervensymptome als Stützen für die Diagnose zu sichern. Nach *Vermeylen*[12]) ist bei Tumoren genaue psychiatrische Untersuchung, und zwar der einzelnen, elementaren psychischen Funktionen von großem Werte, besonders beim Beginn der Erkrankung, wo gewisse Störungen der Aufmerksamkeit, der Auffassung und des Gedächtnisses bald nachzuweisen seien.

Wenn wir im Nachfolgenden eine Anzahl von abgekürzten Krankengeschichten aus älterer und neuerer Zeit bringen, welche Hirntumoren betreffen, tun wir dies mit dem Bemerken, daß ein großer Teil im Leben nicht richtig erkannt, manchmal nicht einmal vermutet wurde. Einige sind Eigenbeobachtungen, einige alten Krankengeschichten und Obduktionsbefunden entnommen.

Immerhin mögen sie einen gewissen Wert besitzen, da jeder Fall seine Besonderheiten aufweist, welche Interesse beanspruchen. Da die Kranken wegen ihrer psychischen Störungen der Anstalt zugewiesen wurden, erscheint in den Untersuchungen die psychiatrische Seite der Frage in erster Linie berücksichtigt.

A. Geschwülste des Stirnlappens.

1. Viktoria W., 67 J., aufg. 1. 12. 1892, gest. 21. 5. 1895. Seit einigen Monaten Angstmelancholie und Verfolgungsideen. Überempfindlichkeit bei der Untersuchung, überall »fürchterliche« Schmerzen. Später Beruhigung, Klagen über Kopfdruck und Beklemmung. Tod an Uteruskrebs.

Sektion: Taubeneigroße Krebsmetastase am Siebbein.

Trotzdem zwischen dem Beginn der Psychose und dem Tode mehr als $2^1/_2$ Jahre liegen, ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Metastase und der Seelenstörung nicht mit Sicherheit auszuschließen. Erscheinungen von seiten des N. olfactorius, wie zu erwarten, sind nicht erwähnt.

2. Marie K., 58 J., aufg. 18. 11. 1897, gest. 3. 3. 1898. Keine Erblichkeit, kein Potus oder Lues. Seit 28 Jahren Krampfanfälle, und zwar nach Aufregungen. Seit Sommer 1897 keine Krämpfe, dafür traurige Verstimmung und Sinnestäuschungen. Pat. erklärt sich für eine große Sünderin, sieht, wie sich Christus am Kreuze bewegt. Sehr unruhig, schreit, verweigert die Nahrung, gibt ihren Namen nur silbenweise an. Später verwirrt, mutistisch, reißt Wäsche, gießt Suppe über ihren Kopf. Nach wechselnden Zuständen von Ruhe und Verwirrtheit Exitus.

Sektion: Walnußgroße Cyste in der l. Sylvischen Furche, der Insel entsprechend (Cysticercus).

In diesem Falle bestanden seit fast drei Dezennien Krampfanfälle, anscheinend hysterischer Art. Dieselben werden von der Geistesstörung abgelöst. Eine motorische Aphasie, wie zu erwarten, besteht nicht, dagegen zeitweiser Mutismus und silbenweises Sprechen (Skandieren).

3. Josef P., 35 J., aufg. 13. 2. 1901, gest. 22. 6. 1901. Einige Seitenverwandte geisteskrank, Mutter nervös. Der Kranke seit $^1/_2$ Jahre auffallend; Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Schmerzen und Schwäche im r. Arm. Anfälle von Sprachlosigkeit, Gedächtnisschwäche. Nach Jodbehandlung für kurze Zeit Besserung, darauf Depression, Furcht vor Wahnsinn, Verlangen nach Fesselung. Pat. sieht Teufel und andere Gestalten. Dreimonatlicher schlafähnlicher Zustand mit Gesichts- und Gehörstäuschungen, Zuckungen im r. Arm. In der letzten Zeit ist Pat. sehr verschwenderisch. In der Anstalt bald heiter-sarkastisch, bald mürrisch. Stotternde Aussprache. Potus zugegeben. Teilweise Krankheitseinsicht, weiß, daß er drei Monate bewußtlos war. Später depressiv bis zum Stupor.

Körperlich: Varus-Stellung des r. Fußes, Schmerzen und Schwäche im r. Bein, zunehmende Parese, Spasmen, Sprachstörung, öfteres Erbrechen.

Sektion: Im l. Stirnlappen ein Hühnereigroßes Gliom mit Blutung. Im l. Linsenkern alte Haemorrhagie. Dieser Fall zeigt neben lokalen Symptomen Allgemeinerscheinungen, Stimmungsschwankungen mit Andeutung

von Witzelsucht, Charakterveränderung, Halluzinationen, teilweise Krankheitseinsicht mit Furcht vor Wahnsinn. Die Rolle des Alkoholismus und der alten Linsenkernblutung dürfte nur eine untergeordnete sein.

4. Johann V., 43 J., aufg. 31. 5. 1904, gest. 2. 1. 1905. Bei väterlichen und mütterlichen Verwandten Trunksucht. Seit vier Jahren Kopfschmerzen, Schwäche und Zuckungen in der r. Seite, Gefühl, als ob das r. Bein fehle. Wegen Hirntumor im Spital, wurde unruhig, bedrohte die Wärter, schlägt andere Kranke. Atrophie des Sehnerven, Lichtreaktion fehlend. Kniereflex l. lebhafter. Pat. desorientiert, macht ungenaue Angaben, klagt über Sausen im Kopfe.

In der Anstalt spricht er selten spontan, ist zeitweise gereizt. Löst Rechnungen teilweise, rückläufige Assoziationen gelingen nicht. Glaubt öfters einen Lichtschimmer wahrzunehmen, behauptet auch, die Blindheit sei öfters vergangen. Später unbesinnlich, zeigt erschwerte Wortfindung. Im Juli 1904 Soporzustand mit tonischer Spannung der Glieder, bei einem neuerlichen Anfall der gleichen Art Exitus.

Sektion: Im l. Stirn- und Scheitellappen ein ausgedehnter, nicht deutlich begrenzter, weicher Tumor mit zentraler Blutung (Gliom).

Bei diesem Kranken gehen die somatischen Symptome den psychischen jahrelang voraus. Die Läsion der sensiblen Gebiete im linken Scheitellappen bedingt offenbar den Ausfall des r. Beines im Bewußtsein. Die Behauptung, daß die Blindheit öfters verschwunden sei, könnte wohl als Konfabulation gedeutet werden. Doch kommen Schwankungen des Sehvermögens in den früheren Stadien öfters vor. Schwerbesinnlichkeit, Reizbarkeit, allgemeine Gedächtnisschwäche, zeitweiser Mangel an Spontaneität und Orientierung sowie amnestische Aphasie bilden die Grundlagen der psychischen Störung.

5. Josefine, Dl., 70 J., aufg. 17. 5. 1905, gest. 26. 10. 1905. Wegen Erscheinungen seniler Demenz ins Spital aufgenommen, ist sie sehr unruhig, unrein, läuft herum, jammert. Später apathisch, schwer zu Äußerungen zu veranlassen. Sei 80 J. alt, ihre Geschwister 20 J. Geringe Schulkenntnisse; leichte Rechnungen werden nur teilweise gelöst.

Körperlich: Zeichen von Arteriosklerose, ungleiche Pupillen, unsicherer Gang. Später desorientiert, sieht Zigeuner, klagt über Schmerzen im ganzen Körper, antwortet auf Fragen unpassend; Apathie, Steifigkeit in den Beinen, namentlich dem rechten.

Sektion: Kleinwalnußgroßes Fibrom, vom Schädeldach ausgehend, am oberen Ende der l. Zentralfurche eine Grube in der Hirnsubstanz bildend. Im Putamen des l. Linsenkernes alter haemorrhagischer Herd.

In diesem Falle findet sich das Bild einer senilen Psychose. Die Spannungszustände in den Beinen, namentlich dem rechten, können wohl auf den Tumor, nebenbei auch auf den Linsenkernherd bezogen werden.

6. Viktoria S., 56 J., aufg. 20. 6. 05, gest. 20. 7. 1905. Kam ganz verwahrlost ins Krankenhaus, sprach ganz zusammenhanglos, wurde später mutistisch. In der Anstalt katatonisches Bild, hält das Essen in der Hand, ißt nicht, läßt sich füttern. Feste Speisen weist sie zurück: »Erst nach sechs Wochen«. Unrein. Faßt Fragen schwer auf, ist desorientiert, kann nicht einmal ihren Namen angeben. Schulkenntnisse sehr mangelhaft. Später öfters Anfälle von Bewußtlosigkeit ohne Krämpfe und ohne

motorische Störung. Somatisch keine auffallenden Abweichungen. In einem neuerlichen Anfall Exitus.

Sektion: Im l. Stirnhirn, entsprechend dem Fuße der unteren und mitteleren Windung ein taubeneigroßer Tumor. Umgebung erweicht (Gumma).

Diese Kranke zeigt Anfälle von Bewußtlosigkeit ohne Krämpfe und Lähmungen. Der psychische Zustand ist gekennzeichnet durch anfängliche Verwirrtheit, Desorientierung, allgemeine Gedächtnisdefekte übergehend in einen katatonen Zustand. Der Ausspruch: »Erst nach sechs Wochen« scheint mit irgendwelchen Wahnideen (Wochenbett?) in Verbindung zu stehen.

7. Hermine K., 39 J., aufg. 7. 12. 1906, gest. 24. 12. 1906. Mehrere Seitenverwandte neuropathisch; Patientin seit einem Jahre krank, aber schon vordem indolent, vergeßlich, machte Fehler als Verkäuferin, wurde unrein mit Urin. Später Unlust zur Arbeit, wechselnde Stimmung, bald traurig, bald heiter. Desorientiert, lacht bei jeder Frage, zeigt lebhaftes Gebärdenspiel und ungeordnete Bewegungen der Hände. Geringe Kenntnisse, jedoch verhältnismäßig gutes Rechnen. Kein Krankheitsgefühl, keine auffallenden Nervenstörungen. Zunehmend stumpfes Verhalten, Andeutung von Witzelsucht. Anfälle von Atemnot und Zyanose. In einem solchen Exitus.

Sektion: An der Innenfläche des r. Stirnlappens zwei höckerige Walnußgroße Geschwülste, welche den l. Stirnlappen eindrücken. Ausgesprochenes Fettherz. Hier können die Anfälle von Atemnot und Zyanose wohl nur auf das Herz bezogen werden. Der Tumor (Meningeal-Sarkom), welcher beide Stirnlappen in Mitleidenschaft zog, zeigte sich in gesteigerter Mimik, lebhaften Gebärden, inkoordinierten Bewegungen der Hände, unfreiwilligem Urinabgang.

Die psychischen Veränderungen bestehen in Charakteranomalien, Desorientierung, Vergeßlichkeit, Andeutung von Witzelsucht, wechselnder Stimmung, Mangel an Krankheitsgefühl.

8. Josef W., 33 J., aufg. 15. 11. 1904, gest. 9. 2. 1907. War zweimal in der Anstalt, wurde das erstemal nach acht Tagen entlassen.

Keine Heredität, Lues oder Potus. Seit mehr als einem Jahre krank. Bekam einen eigentümlichen Streckzwang, so daß er sich mehreremal nacheinander ausstrecken mußte. Beim letzten Strecken folgte eine siebenstündige Bewußtlosigkeit. Später stellten sich Anfälle von Krämpfen mit Bewußtlosigkeit und linksseitiger Parese ein. Psychisch: Unruhe, Teilnahmslosigkeit, Bradyphasie, schwere Wortfindung, Vergeßlichkeit, läppische Euphorie mit Schlafsucht, Neigung zum Witzeln. Daneben Kopfschmerzen, Stechen im Nacken, Brechreiz.

Körperlich: Anfangs nur rechtsseitige Ptosis, keine Lähmung der Extremitäten, keine Reflexstörungen. Später kaum merkbare Pupillenreaktion, Gesichtszüge schlaff, Zunge mangelhaft beweglich. Linke obere Extremität schwächer als die rechte. Patellar- und Fußklonus. Sprache monoton, bebend mit Auslassen von Silben. Im weiteren Verlaufe zunehmender Exophthalmus rechts, lichtstarre Pupillen, Spasmen im l. Beine, Gang spastisch-ataktisch. Ataxie der Hände. Silbenstolpern, Sehschwäche, Nystagmus, Läuten in den Ohren. Babinski negativ. Euphorie mit Neigung zu kindischen Scherzen. Stärkere Benommenheit mit klaren Inter-

vallen wechselnd. Gelegentlich Klagen über Kopf- und Gliederschmerzen. Zeitweise anscheinend halluzinierend, besonders nachts. Zum Schluß Blindheit, Herabsetzung des Gehörs, Apathie in Koma übergehend mit öfterem Aufschreien und Exitus.

Sektion: Im r. Stirnhirn ein faustgroßer, rötlicher Tumor in die Hirnmasse eingebettet. Derselbe ist fester als das Gehirn.

Dieser Fall hat nach und nach fast alle Tumorsymptome gezeigt. Die seelische Störung begann mit Unruhe, Vergeßlichkeit, Stimmungsschwankungen; dann folgten zeitweilige Benommenheit, Euphorie mit Witzeln, Halluzinationen, Andeutung amnestischer Aphasie. Schlafsucht und Koma bilden den Abschluß eines Krankheitsbildes, das sich fast durch vier Jahre hinzieht.

9. Franz Z., aufg. 24. 11. 1907, gest. 28. 12. 1907. Beim Beginne der Krankheit Anfälle. Seit fünf Jahren Blindheit, seit $^1/_2$ Jahre psychische Veränderung, in der letzten Zeit Schmerzen im Nacken. Auf der internen Abt. ist der Kranke unruhig, belästigt die anderen Patienten, spricht obszön. Klagt über heftige Kopfschmerzen, welche ihn verwirrt machen. Erzählt mit Vorliebe von sexuellen Dingen und seiner Potenz; er habe jede Nacht Pollutionen. Mangelhaft orientiert, ohne Einsicht, geringe Schulkenntnisse, schlechtes Rechnen.

Körperlich: Augen vorstehend, l. Pupille $>$ r., beide lichtstarr. Amaurose. L. Gesichtsnerv schwächer. Zittern der Hände. Kniereflexe gesteigert, Fußklonus. Romberg negativ, kein Zeichen von Lues.

Im späteren Verlauf meist teilnahmslos, spricht jedoch mit den Angehörigen. Zunehmende Bewußtseinstrübung. Tod ohne Krämpfe.

Sektion: Faustgroße Geschwulst, den r. Stirnlappen ausfüllend (Gliom).

In diesem Falle sind erst nach mehrjähriger Krankheitsdauer psychische Störungen eingetreten. Auffallend war die Steigerung der sexuellen Erregbarkeit, welche auch von *Steinthal* und *Jastrowitz* bei Tumoren im Stirnlappen und den motorischen Zentren beobachtet wurde.

10. Josefa K., 60 J., aufg. 21. 4. 1910, gest. 2. 5. 1910. Von jeher schwer auffassend, ohne Schulkenntnisse. Seit einigen Jahren Unlust zur Arbeit, Apathie gegen die Umgebung. Kein Kopfschmerz, keine Krämpfe. In der letzten Zeit verwirrtes Benehmen. Ist über persönliche Verhältnisse orientiert, über Zeit und Ort nicht, hat teilweise Krankheitseinsicht. Sie sei seit einer Woche verwirrt und habe Kopfschmerzen. Rechnet falsch, ermüdet rasch bei Fragen; Stimmung gleichgültig.

Körperlich: Außer Sklerose der peripheren Arterien und dumpfen Herztönen kein wesentlicher Befund.

Im weiteren Verlaufe verwirrt, spricht weder spontan, noch auf Fragen. 2. Mai 1910 plötzlicher Tod.

Sektion: Im l. Stirnhirn entsprechend der Brocaschen Gegend ein ungefähr walnußgroßer Tumor in die rundherum erweichte Hirnmasse eingelagert (Gumma). Hier ist nach jahrelanger Krankheitsdauer ein Verwirrtheitszustand aufgetreten. Auffallend ist bei der Lokalisation der Geschwulst das Fehlen motorisch-aphasischer Symptome (ähnlich wie bei Fall 2).

11. Franz Hr., 35 J., aufg. 12. 10. 1911, gest. 24. 1. 1912. Seit drei Jahren Kopfschmerzen, Zittern in der l. Seite, zeitweilige Unfähigkeit, die

Beine zu strecken (Kernig). Ohnmachtsanfälle. Rechts Ptosis, Glotzauge, r. Pupille weiter, ohne Lichtreaktion, Kniereflexe gesteigert, l. Fußklonus. Babinski negativ.

Patient unruhig, mangelhaft orientiert, macht Selbstmordversuche. Er sei gesund bis auf Sehschwäche und Zittern. Bei seiner Arbeit (Heizer) sei er wiederholt zusammengestürzt. Geringe Kenntnisse, rückläufige Assoziationen fehlerhaft. Später unruhig, zeitweise verwirrt, meist apathisch. Erkennt jedoch nach der Stimme Angehörige und Ärzte, fragt nach den Kindern. Sprache skandierend. Andauerndes Zittern und Zucken der l. Körperhälfte. Patient ist zeitlich und örtlich orientiert, doch kennt er nicht die Jahreszahl, weiß auch nicht, wielange er in der Anstalt ist. Er habe früher so heftige Kopfschmerzen gehabt, daß er nicht wußte, was er tue. Erschwerung und Verlangsamung aller geistigen Leistungen. Zum Schlusse Schluckbeschwerden, zunehmende Benommenheit.

Sektion: Rechte Großhirnhälfte ausgedehnter als die linke. An der Basis des r. Stirn- und Schläfelappens eine feste Geschwulst, welche die r. mittlere Schläfegrube ausfüllt und den Schläfelappen sowie einen Teil des Stirnlappens ersetzt. Druckspuren am r. Tractus opticus und Hirnschenkel (Endotheliom der Dura).

Dieser Fall bietet zahlreiche neurologische Symptome, welche durch Druck auf die Gebilde an der Hirnbasis zu erklären sind. Der psychische Zustand weist zeitweilige Verwirrtheit mit Selbstmordneigung, mangelhafte Orientierung, Einsichtslosigkeit, Gedächtnisdefekte, Erschwerung des Vorstellungsablaufes und zunehmende Benommenheit auf.

12. Edmund B., 42 J., aufg. 22. 4. 1925, gest. 17. 10. 1925. Vater des Kranken Trinker. Seit 1918 angeblich Anfälle von Zuckungen und Schwäche ohne Bewußtseinsverlust, darauf Verwirrtheit. Seit $^3/_4$ Jahren Verschlimmerung, Gereiztheit, Neigung zu Gewalttätigkeiten. In der Anstalt sehr grob gegen die anderen Kranken, erzählt, er sei über Krakau und Premysl hierhergekommen. Unsichere Angaben über persönliche Verhältnisse, über Zeit und Ort. Er habe erst seit 3—4 Wochen Anfälle. Rechnen mangelhaft. Später Krampfanfälle, in der r. Hand beginnend, dann Zuckungen in der ganzen r. Seite, schließlich tonische Starre in derselben. Zwischen den Anfällen unruhig, keine Reaktion auf Fragen, zunehmende Apathie. Gelegentlich Neigung zum Witzeln. 17. 10. 1925 Zuckungen im ganzen Körper, Bewußtlosigkeit, Tod.

Sektion: Im l. Stirnlappen das Gewebe in der Größe eines Ganseies dichter, gelblich verfärbt. In dem Gewebe zwei größere und eine kleinere Cyste (Gliom). In diesem Falle bestehen seit Jahren epileptiforme Anfälle. Seit $^3/_4$ Jahren ist infolge von Veränderungen im Tumor (Blutungen) eine Verschlimmerung der Symptome eingetreten, und zwar hauptsächlich in psychischer Hinsicht, namentlich in Form von Gereiztheit, mangelhafter Orientierung, Gedächtnisdefekten, Neigung zu Konfabulationen und zum Witzeln, zunehmender Apathie.

B. Tumoren beider Stirnlappen.

1. Antonie P., 64 J., aufg. 16. 11. 1901, gest. 25. 6. 1902. Seit $^1/_2$ Jahre vergeßlich, zerstreut, unfähig zur Arbeit. Auf der Beob.-Abt. ruhig, wiederholt die Fragen, bevor sie antwortet; örtlich nicht orientiert, glaubt in einer fremden Wohnung zu sein. Sei 54 J. alt. Sucht abends herum, will kochen. Unrein.

In der Anstalt teilnahmslos, faßt schwer auf, kennt nicht die Namen ihrer Kinder, kann die Monate nicht aufzählen, nicht rechnen.

Körperlich: Sklerose der peripheren Gefäße, sonst keine wesentliche Abweichung.

Wird später vollkommen klar, faßt Fragen auf, ist orientiert. Sie denke beständig an ihre Kinder. Leidet an Urinträufeln. Zunehmende Apathie, doch antwortet die Kranke auf Fragen, wenn auch zögernd. Decubitus. Exitus ohne Krämpfe.

Sektion: Carcinom der Pleura, Metastasen in beiden Stirnlappen, rechts hasel-, links walnußgroß.

Vergeßlichkeit, Zerstreutheit, schwere Auffassung, Orientierungsmangel, Gedächtnisdefekte, delirante Zustände ähnlich den senilen bilden das psychische Krankheitsbild. Dieses macht für einige Zeit einer vollkommenen Bewußtseinsklarheit Platz, um schließlich in Apathie überzugehen.

2. Genofeva I., 51 J., aufg. 11. 6. 1909, gest. 15. 7. 1909. Bruder geisteskrank, Vater Trinker. Die Patientin, ins Spital aufgenommen, zeigt sich geistesgestört, zerschlägt Gegenstände, macht Selbstmordversuche. Ist angeblich erst seit 5—6 Tagen auffallend. Ist sehr ängstlich, sieht eine Zigeunerin beim Bette stehen, Mäuse im Zimmer herumlaufen; reißt Wäsche. Unfähig zum Stehen und Gehen, unrein, muß gefüttert werden. Auffassung erschwert, Desorientierung, Verlangsamung aller psychischen Vorgänge. Will jedoch im Kopfe nicht krank sein.

Körperlich: L. Pupille > r. Lichtreaktion kaum merklich. Zunge links abweichend. Zittern am ganzen Körper. Unkoordinierte Bewegungen der Hände. Kniereflexe gesteigert. Hypaesthesie der Haut. Decubitus.

Später apathisch, keine Reaktion auf Fragen; ungeordnete Bewegungen der Hände anhaltend. Nach komatösem Zustand Exitus.

Sektion: Großes Gliom des Balkens und l. Stirnlappens. Kleinere Tumoren im r. Stirnhirn und Kleinhirn.

In diesem Falle finden wir Verwirrtheit mit Zerstörungstrieb, Halluzinationen, erschwerte Auffassung, Desorientierung, Apathie. Daneben nervöse Störungen in Form von Zittern, inkoordinierten Bewegungen der Hände, Hypaesthesie. Bei der großen Ausdehnung des Tumors ist die Angabe, daß die Kranke erst seit 5—6 Tagen auffallend sei, wenig glaubwürdig.

Wir zählen im ganzen 14 Stirnhirngeschwülste (vordere Zentralwindung und Brocasche Gegend inbegriffen). Einmal erfolgt eine Ausdehnung des Tumors auf den Scheitellappen, einmal auf den Schläfelappen. In zwei Fällen sind beide Stirnlappen betroffen, in einem nebstbei der Balken und das Kleinhirn. Acht dieser Geschwülste waren groß oder sehr groß. In der Überzahl der Fälle machten sich früher oder später nervöse Reiz- oder Lähmungserscheinungen geltend. Die psychische Störung zeigte sich in Unruhe, Verwirrtheit, Desorientierung, Vergeßlichkeit bzw. allgemeinen Gedächtnisdefekten, Halluzinationen, Stimmungsanomalien, schließlich Apathie. Witzelsucht bestand in fünf Fällen (drei r. Stirnhirn, zwei linkes St.). Konfabulationen traten nur einmal deutlich hervor, trotzdem Vergeßlichkeit und Desorientierung als unvollkommener Korsakoff öfters erwähnt ist. Der von verschiedenen Autoren bei Stirnhirnläsionen beobachtete Mangel an Spontaneität, in Bewegungen, sprach-

lichen Äußerungen und im Denken sowie dem entsprechende Katatonieähnliche Zustände finden wir auch bei unseren Kranken vermerkt, meist jedoch nur als Phase oder in den Endstadien. Ein Unterschied in den psychischen Symptomen zwischen rechts- und linksseitiger Affektion ist nicht ersichtlich. Auch die doppelseitige Erkrankung ließ sich aus den psychischen Störungen nicht erschließen.

C. Geschwülste des Schläfelappens.

1. Adelheid D., 34 J., aufg. 18. 10. 1904, gest. 27. 11. 1906. Vater psychopathisch und Trinker. Patientin zeigt seit vier Wochen Verfolgungsideen, Polizisten und andere Leute beobachten sie. Das würde erst ein Ende nehmen, wenn sie und ihre Schwester getötet wären. Schwerhörigkeit, Gesichts- und Gehörstäuschungen, Selbstmordversuche. In letzter Zeit Kopfschmerzen, Anfälle von Krämpfen und Bewußtlosigkeit. In der Anstalt orientiert, schweigsam, antwortet langsam; sie sei in der Nacht untersucht worden, im Kopfe sei alles vertrocknet. Sie spüre jemand in der Nähe, höre Zischeln in den Ohren. Weiß nichts von Krämpfen.

Körperlich: Keine deutlichen Störungen. Später unruhig, ängstlich, spürt die »jüdische« Verfolgung, den bösen Geist, hört drohende Stimmen. Hat allerlei Mißempfindungen im Körper. 27. 11. 1906 tot auf der Veranda gefunden.

Sektion: Hühnereigroßes Gliom im l. Schläfelappen.

Psychisch das Bild einer halluzinatorischen Paranoia. Keine Zeichen von sensor. Aphasie.

2. Sofie A., 67 J., aufg. 13. 12. 1910, gest. 26. 12. 1919. Leidet seit längerer Zeit an leichten, nicht häufigen epileptischen Anfällen. Daneben psychisch auffallend, belästigt Ämter und einzelne Personen, verlangt Begünstigungen. Ist gereizt, droht mit Brandlegung und mit Selbstmord. In der Anstalt orientiert, protestiert gegen die Internierung, sei kein Narr, habe schon zwei Jahre keinen Anfall gehabt. Im Versorgungshaus, wo sie früher war, seien ihr Ärzte und Pflegerinnen feindlich gesinnt gewesen. Man habe ihr Rechte vorenthalten. Schulkenntnisse gut, rückläufige Assoziationen richtig.

Körperlich: Keine auffallende Störung. Später unruhig, namentlich nachts, sucht nach ihrem Gelde. Später wiederholte Anfälle von Zuckungen im Gesichte, Strecken der Arme und Beine ohne Bewußtseinsverlust. Am 26. 12. 1919 Schwächeanfall und Tod.

Sektion: In der r. mittleren Schädelgrube ein wallnußgroßes Fibrom mit Eindruck an der Unterfläche des Schläfelappens.

Die Psychose zeigt in diesem Falle einen querulatorischen Charakter mit seniler Färbung. Die Krampfanfälle erfolgen ohne Bewußtseinsverlust.

3. Agnes G., 65 J., aufg. 21. 9. 1918, gest. 25. 9. 1918. Seit 10 Jahren auffallend mit allmählicher Verschlimmerung; hatte Krampfanfälle. Seit einer Woche Unruhe, Schlaflosigkeit, Verwirrtheitszustände. Die Kranke ist desorientiert, verkennt die Umgebung, läuft aus dem Hause, zeigt Zerstörungstrieb. Bei der Aufnahme faßt sie Fragen schwer auf, zeigt ausgedehnte Gedächtnislücken. Örtlich und zeitlich kennt sie sich nicht aus. Rückläufige Assoziationen unmöglich.

Körperlich keine wesentlichen Störungen. Im weiteren Verlaufe

Krampfanfälle, darauf verwirrt. Kopfschmerzen. Unter Zunahme der Anfälle, häufigem Erbrechen und Somnolenz Exitus.

Sektion: Im l. Schläfelappen ein haselnuß- und ein wallnußgroßer Tuberkel. Basalarterien sklerotisch.

Im Gegensatz zu den zwei vorhergehenden Fällen mit paranoiden Bildern weist der letzte Verwirrtheitszustände mit Desorientierung, erschwerte Auffassung und Gedächtnisdefekte auf. In allen Fällen sind epileptiforme Krämpfe erwähnt, Zeichen von Aphasie in keinem. Ob man die Halluzinationen des ersten Falles trotz ihrer Mehrsinnigkeit als Lokalsymptom deuten kann, ist zweifelhaft. Nach *Kroll*[7] würde das Befallensein verschiedener Sinnesgebiete einer solchen Auffassung nicht im Wege stehen.

D. Geschwülste des Okzipitallappens.

1. Caecilie M., 57 J., aufg. 16. 7. 1899, gest. 9. 4. 1900. Die Kranke soll einmal vom zweiten Stock gestürzt sein. Jetzt seit einigen Wochen verändertes Benehmen. Faßt Fragen richtig auf, antwortet entsprechend. Sei nach Influenza schwach im Kopfe. Zeitlich und örtlich mangelhaft orientiert, prahlt mit ihrem Fleiße, hat keine Krankheitseinsicht; leichte Euphorie.

Körperlich: Kleine Struma, Kniereflexe gesteigert, Romberg positiv, Gang unsicher (erklärt die Unsicherheit mit Schwäche der Augen). Pupillen ohne Lichtreaktion, Zunge nach rechts abweichend; Gesichtsnerv r. schwächer.

Später geschwätzig, meist heiter, sei gesund, wolle nach Hause. Selbstüberschätzung bei körperlichem Verfall und schwachsinnigem Verhalten. Dazwischen ein epileptischer Anfall. 9. 4. 1900 Exitus.

Sektion: Eigroßer Tumor von der Basis des l. Hinterhauptlappens in das Hinterhorn ragend mit Blutung (Sarkom). Bei dieser Kranken sind neben den somatischen Störungen zeitweise Verwirrtheit, mangelhafte Orientierung, Euphorie, Andeutung von Größenideen bei mangelndem Krankheitsbewußtsein vermerkt.

2. Aloisie Gl., 31 J., aufg. 21. 11. 1899, gest. 30. 11. 1901. Seit vier Jahren Arbeitsunlust, Vergeßlichkeit, zeitweise Hemmung. Während der letzteren ist die Kranke unbeweglich, spricht nichts, weint, vernachlässigt ihr Äußeres, macht Selbstmordversuche. Dazwischen aufgeregt, zertrümmert Gegenstände, schlägt die Angehörigen, läuft nachts davon. Heißhunger mit Nahrungsweigerung wechselnd. Bei der Untersuchung deprimiert, nicht orientiert, ohne Krankheitseinsicht, wünscht sich den Tod. Sei lebensüberdrüssig, seitdem sie vom Liebhaber verlassen wurde. Gesichtstäuschungen (sieht die Mutter Gottes). Später meist depressiv, Todesfurcht. Gestorben an Lungentuberkulose.

Sektion: Haselnußgroßer Tuberkel im l. Okzipitallappen.

Dieser Fall zeigt ein ängstlich-depressives Bild mit zeitweisen Hemmungen und Aufregungszuständen, Selbstmordneigung, Vergeßlichkeit, Desorientierung. Die Gesichtshalluzinationen können wohl als Herdsymptom angesprochen werden.

E. Tumor der l. Seitenkammer.

Martin K., 51 J., aufg. 27. 11. 1922, gest. 23. 4. 1923. Vater des Pat. Trinker, Bruder geisteskrank. Der Kranke war schon vor 24 Jahren

vier Monate lang in der Anstalt. Damals bestand »religiöser Wahnsinn«, große Andächtigkeit, Nachlässigkeit bei der Arbeit, später Aufgeregtheit, Neigung zu Gewalttätigkeit und zum Selbstmord. Sieht schwarze Mäuse und Teufel sowie Gespenster, hört Stimmen, er werde sterben. Sprang in der Anstalt von einem Fenster, verletzte sich ein Kniegelenk. Nach Heilung der Verletzung Besserung des psychischen Zustandes und Entlassung.

Vor der neuerlichen Aufnahme durch zwei Monate Kopfschmerzen, Halluzinationen des Gesichtes und Gehörs, Dämmerzustände mit Verwirrtheit und gefährlichen Drohungen.

Körperlich: Fehlende Lichtreaktion, ungleiche Gesichtsinnervation, Kniereflexe abgeschwächt. In der Anstalt widerspenstig, lärmt, schimpft. Gibt Alter, Geburtsjahr und Dienstplätze richtig an. Er leide an Kopfschmerzen und habe Nebel vor den Augen. Sinnestäuschungen leugnet er. Aussprache stockend. Später meist apathisch, schlafsüchtig. Zitteranfall von drei Minuten Dauer ohne Bewußtseinsverlust; nach dem Anfall aufgeregt. Im weiteren Verlaufe zunehmende Sehschwäche und Schlafsucht, doch kann der Pat. aus derselben geweckt werden, zeigt Euphorie, Neigung zum Witzeln, konfabuliert, die Ärzte hätten ihn umbringen wollen. Leugnet blind zu sein. Nach einem Anfall von Zuckungen Exitus.

Sektion: Im l. Seitenventrikel ein ungefähr walnußgroßer, fester, dunkelroter Tumor. In diesem Falle ist kaum anzunehmen, daß die erste Erkrankung auch schon durch die Geschwulst hervorgerufen wurde. Doch sind die Symptome, wenigstens teilweise übereinstimmend, was einer gewissen hereditären Disposition zuzuschreiben wäre (Halluzinationen, Aufregungszustände). Bei der zweiten Aufnahme traten dann die Anzeichen eines Hirntumors immer deutlicher hervor.

F. Tumoren der Hirnbasis (Hypophyse bis Pons).

1. Franz Sch., gest. 22. 4. 1897, 62 Jahre alt. Seit 22 Jahren in Irrenanstalten. Beginn mit Verfolgungsideen, verletzte die Mutter. In der Anstalt anfangs ängstlich-depressiv, später stumpf, schwerfällig, zum Schluß dementes Verhalten.

Körperlich: Verlangsamung des Pulses, sonst keine Besonderheiten.

Sektion: Walnußgroßer, weicher Tumor der Hypophyse (Adenom).

Obgleich eine so lange Dauer eines Tumors (22 Jahre) selten ist, kann er doch nicht mit Sicherheit als Ursache der Psychose ausgeschlossen werden.

2. Anton K., 54 J., aufg. 12. 7. 1900, gest. 21. 8. 1900. Wegen Schmerzen im Unterleibe auf die interne Abt. aufgenommen, wegen Unruhe und Benommenheit der Beobachtung zugewiesen. Vater war Trinker, ebenso Pat. selbst, welcher auch Delirium tremens durchgemacht haben soll. Regungslos, unrein, desorientiert zeitlich, örtlich und über persönliche Verhältnisse. Weiß nichts davon, daß er unruhig war, kennt nicht Namen und Alter seiner Kinder.

Körperlich: Pupillen kaum reagierend. L. Gesichtsnerv schwächer, Kniereflexe gesteigert. Decubitus. Anämisch-cachektisches Aussehen, Oedeme. Später meist ruhig, euphorisch, nur vorübergehend erregt. 20. 8. Krampfanfall. Klonische Zuckungen, namentlich links. Nach dem Anfalle Somnolenz und Exitus.

Sektion: In der Chiasmagegend ein taubeneigroßer Tumor, aus faserigen und bröckligen Massen bestehend (Adenom der Hypophyse). In diesem Falle zeigt sich motorische Unruhe, Desorientierung, weitgehender Gedächtnisdefekt, Euphorie in Apathie übergehend. Ob das bei dem Kranken in der Vorgeschichte erwähnte Delirium ein alkoholisches war, ist fraglich. Zustände, welche dem Trinkerdelir gleichen, kommen nach *Redlich* bei Tumoren auch ohne Alkohol vor.

3. Johann K., 56 J., aufg. 1. 4. 1904, gest. 12. 4. 1904. Der Kranke, ohne Anamnese eingebracht, ist benommen, unruhig, unrein. Sprache lallend, absetzend. Scheint zu hören, ohne Verständnis für das Gesprochene zu zeigen. Spontan spricht er zusammenhanglos, monoton vor sich hin.

Körperlich: L. Pupille $>$ r., keine Lichtreaktion, Kniereflexe gesteigert.

Später unruhig, reißt Wäsche, spricht mit lauter Stimme ohne Unterlaß; kein Verständnis für Fragen. Am 10. 4. 1904 Anfall klonischer Zuckungen im Gesicht und r. Körperhälfte, Bewußtlosigkeit. Andauern der Krämpfe. Exitus.

Sektion: Taubeneigroßer Tumor um das Chiasma (Hypophysenadenom).

Hier ist neben Unruhe und Benommenheit der Mangel an Sprachverständnis verbunden mit Rededrang hervorgehoben. Die vor dem Ende eintretenden Krämpfe beschränken sich auf die r. Körperseite.

4. Franz M., 28 J., aufg. 8. 2. 1922, gest. 19. 11. 1925. Bei dem Kranken wurde angeblich schon 1915 in Rußland Atrophie des l. Sehnerven festgestellt. Seit 1918 Abnahme von Gedächtnis und geistiger Regsamkeit. Im weiteren Verlaufe häufiges Gähnen, motorische Unruhe, Zuckungen, Verziehen des Mundes, zeitweise linksseitiger neuralgischer Kopfschmerz. Merkfähigkeit gestört, Antworten schwerfällig, Furcht vor Wahnsinn. Libido seit mehr als einem Jahre fehlend. Macht teilweise richtige, teilweise unrichtige Angaben. War zwei Jahre in Rußland, war dort augenkrank. Jetzt häufige Kopfschmerzen, keine Anfälle, jedoch Gedächtnisschwäche. Impotenz gleich nach der Ehe bemerkt, nachts öfters unfreiwilliger Urinabgang.

Körperlich: L. Pupille $<$ r, Lichtreaktion $\ominus$, Strabismus und Ptosis links; l. Fazialis schwächer. Grobe Kraft rechts herabgesetzt. Kniereflexe r. sehr gesteigert. Vermehrter Tonus der Muskeln r. Gang hinkend.

Im weiteren Verlaufe apathisch, wenig spontane Äußerungen.

21. 5. 1925 Lähmung des l. Beines; Exophthalmus links, am r. Auge zunehmende Sehschwäche. Atrophie an den Muskeln der l. Gesichts- und Zungenhälfte. Zeitweise Verwirrtheit. Tod ohne Krämpfe.

Sektion: Hühnereigroßer, weicher Tumor an der Hirnbasis. Druckspur an der Brücke, r. Hirnschenkel und Boden des III. Ventrikels. M,sur des Türkensattels (Cystadenom d. Hypophyse). Bei diesem Kranken ist die Sehstörung allen anderen Erscheinungen vorausgegangen. Später treten Strabismus, Ptosis und Glotzauge auf, dazu Muskelatrophie in der l. Gesichtshälfte und Zunge, paretische Symptome in der r. dann in der l. Körperseite, Impotenz, Incontinentia urinae. Psychisch: Abnahme von Merkfähigkeit und Gedächtnis im allgemeinen, Fehlen geistiger Regsamkeit, Schwerfälligkeit aller geistigen Vorgänge, Apathie.

5. Berta P., 55 J., aufg. 29. 5. 1926, gest. 25. 7. 1926. Großvater Trinker, eine Tante geisteskrank. Vor zwei Jahren wegen Neubildung in der r. Augenhöhle operiert. Jetzt auffällig durch Schwerbesinnlichkeit, Schläfrigkeit, Sprachstörung (Paraphasie), Erschwerung der Wortfindung, unsicheren Gang. Weint und lacht ohne Grund, ißt gierig. Zeitweise anscheinend ohne Sprachverständnis. Perseveriert beim Sprechen. Sie sei wegen des Auges im Spital gewesen, hatte eine rechtsseitige Lähmung.

Körperlich: Links Ptosis, l. Pupille > r., letztere besser reagierend. Fazialis l. paretisch. Struma. Puls 102. Bei geschlossenen Augen Fallen nach rechts.

Zunehmende Apathie, unverständliche Äußerungen, Tod ohne Krämpfe.

Sektion: In der Chiasmagegend aus der Dura hervorgehend ein walnußgroßer, fester Tumor, der gegen den l. Schläfelappen und den Sehnerven entlang wächst. (Sarkom nach Operation.) Hier sind neben den körperlichen Störungen angegeben: Schwerbesinnlichkeit, Schläfrigkeit, Zwangslachen und -weinen, Zeichen sensorischer Aphasie, Perseveration, schließlich Apathie.

6. Johann I., 17 J., aufg. 1. 8. 1895, gest. 23. 3. 1901. Vater angeblich blödsinnig,, ein Onkel geisteskrank, ein zweiter Selbstmörder; ein Bruder schwachsinnig. Pat. selbst hat in der Schule schlecht gelernt. Seit Jahren epileptische Krämpfe, zunehmende Reizbarkeit, Neigung zur Trunksucht und Gewalttätigkeit.

In der Anstalt Anfälle mit deliranten Zuständen, epil. Charakter, Klagesucht. Später tbc. Infiltration der r. Lungenspitze, Zunahme der Anfälle. Mitte 1900 wegen Schwäche in den Beinen und Schmerzen im Bauche ins Bett gelegt. Tod an Lungentbc. und Wirbel-Caries.

Sektion: Haselnußgroßer, verkäster Tuberkel in der Brücke (neben Caries der Brustwirbel u. Lungentbc.). In diesem Falle haben wir eine ausgesprochene erbliche Belastung und ist die Rolle des Pons-Tuberkels bei der Entstehung des Krankheitsbildes zweifelhaft.

7. Franz D., 60 J., aufg. 11. 11. 1904, gest. 17. 10. 1906. Großvater Trinker und geisteskrank. Pat. selbst großer Schnapstrinker, soll wiederholt Delirium tr. gehabt haben. Wurde auffallend durch langsames Sprechen und Desorientierung. In der Anstalt Euphorie, große Vergeßlichkeit. Weiß nicht, daß er im Spital war. Gedächtnis sei durch Epilepsie geschwächt. Hatte den ersten Anfall nach seiner Verheiratung. Seit 4—5 Jahren angeblich keine Anfälle; bei diesen sei das Bewußtsein erhalten. Seit langer Zeit Kopfschmerzen und Sausen im Kopfe. Kennt nicht Geburtsjahr, Alter, Jahr der Heirat und sonst allgemein bekannte Daten. In letzter Zeit kein Potus.

Körperlich: Pupillen wenig ausgiebig reagierend, Sehvermögen herabgesetzt. Fazialis und Hypoglossus rechts paretisch. Zittern der Hände. Kniereflexe gesteigert, kein Babinski. Gang schleppend mit kleinen Schritten, Sensibilität normal.

Später motorisch unruhig, namentlich nachts, will weg aus dem Kerker. Dann wieder ruhiger, doch deutliche Benommenheit. Zeitweise euphorisch, irrt herum, sammelt wertloses Zeug. Für eine Zeit wurde das Bewußtsein freier, so daß Pat. auf der Abteilung aushalf. Es folgte aber darauf wieder eine Phase von Benommenheit und Euphorie. Am 21. 6. 1905 drei

epil. Anfälle mit folgendem Stupor. Nach wiederholtem Zustandswechsel Tod ohne vorausgehende Krämpfe.

Sektion: An der Hirnbasis, und zwar in der Ponsgegend, in eine Exsudatmasse ein Cysticercus racemosus eingebettet.

Dieser Kranke zeigt einen auffallenden Wechsel des Zustandsbildes, bald Ruhe, bald Erregung, Euphorie, Desorientierung, mangelhafte Merkfähigkeit und allgemeine Gedächtnisdefekte, Benommenheit unterbrochen von Bewußtseinsklarheit. Ob die in der Anamnese erwähnten Delirien alkoholischer Natur waren oder auf den Tumor zurückgehen, läßt sich nicht sicher sagen. Von körperlichen Symptomen sind Innervationsstörungen und epil. Anfälle erwähnt.

8. Anna M., 45 J., aufg. 22. 4. 1921, gest. 23. 5. 1931. Seit ca. 10 Jahren Krampfanfälle mit teilweisem Sprachverlust. In der letzten Zeit Häufung der Anfälle, Unruhe, Stimmungswechsel. Sie habe seit 10 Jahren die Krankheit, bekam Schwindel, das Zimmer drehte sich, dann stürzte sie hin. Die Anfälle dauerten einige Monate, dann setzten sie für Jahre aus. Das wiederholte sich öfters. Bei den Anfällen häufig Verletzungen und Urinabgang. Kopfschmerzen. Pat. ist orientiert, kennt Alter und Geburtsjahr, hat vier Kinder, kein Abortus. Krampfanfälle begannen nach der letzten Geburt; manchmal hatte sie nur Flimmern vor den Augen ohne Krämpfe. Man sagte ihr, sie verdrehe die Hände bei den Anfällen. Keine Verwirrtheitszustände. Schulwissen gering.

Körperlich: Zittern der Hände und Zunge, Narben und Pigmentflecke nach Verbrennung am Körper, Kniereflexe sehr gesteigert. In der Anstalt Anfälle von epil. Charakter, daneben Zustände von Bewußtlosigkeit mit Starre im ganzen Körper. Später Nachlassen der Anfälle, so daß Pat. mit Näharbeit beschäftigt werden kann. 23. 5. 1921 Anfall. Pat. halluziniert, schreit, sie müsse gebären. Längerer Dämmerzustand, verwirrt, geschwätzig; darauf depressiv. Ähnliche Anfälle wiederholen sich öfters und sind von Depression und Katatonie-ähnlichen Zuständen gefolgt. Auffallende Bradyphasie. Nach vorübergehendem freieren Zustande mit Klagen über Kopfschmerz neuerliche Häufung der Anfälle, Schwäche in den Beinen. Exitus.

Sektion: An der l. Seite der Brücke und gegen den Tractus opticus unregelmäßig gestaltete Geschwulstmasse (mikroskopisch als Reste eines Cysticercus gedeutet). In diesem Falle bestehen seit Jahren epil. Anfälle, auch petit mal. neben Zuständen von Starre im ganzen Körper und Kopfschmerzen; Sprachverlust nach den Anfällen. Psychisch im allgemeinen epil. Verwirrtheits- und Dämmerzustände, Katatonie-ähnliche Bilder.

Nur ein Teil der basalen Tumoren zeigt Erscheinungen von seiten der am Schädelgrund verlaufenden Nerven und Krampfanfälle oder Lähmungen. Sensorische Aphasie ist in zwei Fällen, motor. nur als vorübergehende Störung nach Krampfanfällen erwähnt. Von psychischen Symptomen finden wir Verwirrtheitszustände, Desorientierung, Defekte der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses im allgemeinen, Stimmungsschwankungen, delirante Bilder vermerkt. Dagegen fehlen Störungen, welche der Hypophyse oder ihrer nächsten Umgebung zugeschrieben werden, fast gänzlich (Akromegalie, Dystrophia adioposogenitalis). Nur einmal ist ein anämisch-cachektischer Zustand mit Oedemen angegeben.

G. Kleinhirntumoren.

1. Julie S., 21 J., aufg. 10. 11. 1903, gest. 16. 4. 1906. Seit ungefähr drei Wochen aufgeregt, reißt Kleider, schneidet sich den Zopf ab, wirft ihn ins Feuer. Glaubt auf der Beob.-Abt. wegen der Impfung zu sein. Gibt keine Auskunft über ihr Verhalten zu Hause; sie allein wisse, warum sie es tat. Sie werde die Wirtschaft ganz anders einrichten. Nachts unruhig, zieht sich nackt aus. Beim Examen affektlos, faßt die Fragen auf, gibt an, sie hätte ihre Spitzen verbrannt, weil dies sündiges Zeug sei. Macht Andeutungen über sexuelle Verfolgungen, hat sich die Schamhaare abgeschoren. Schulkenntnisse mangelhaft.

Körperlich: Keine wesentlichen Störungen nachzuweisen.

Beschäftigt sich später mit Handarbeit, ist aber sehr reizbar und streitsüchtig, droht Fenster einzuschlagen. Wiederholter Wechsel von ruhigem Verhalten mit Zuständen von Verwirrtheit und Erregung. 16. 4. 1906 plötzlicher Tod.

Sektion: In der l. Kleinhirnhemisphäre eine ca. taubeneigroße, harte Geschwulst (Tuberkel). Umgebung derselben erweicht. Lungen-Darmtbc. Hier findet sich keine Erwähnung einer auf das Kleinhirn weisenden körperlichen Störung. Das psychische Krankheitsbild ähnelt mit seiner Reizbarkeit, zwecklosen Handlungen, depressiven und sexuellen Wahnideen bei Abwesenheit von dauernden Orientierungs- und Gedächtnisdefekten gewissen Formen des Jugendirreseins.

2. Dr. Adolf P., 34 J., aufg. 24. 6. 1906, gest. 2. 7. 1908. Seit ungefähr $^1/_2$ Jahre in seinem Berufe als Richter nachlässig, hatte Anstände, beschwerte sich beim Ministerium. Ißt und schläft viel, läßt seine Frau nicht ausgehen. Klagt über Schmerzen im Hinterkopf, Zittern, Erschwerung des Ganges, Vergeßlichkeit. Erweckte im Sanatorium durch Euphorie und Geschwätzigkeit Verdacht auf Paralyse. Eines Morgens um 4 Uhr früh erschien er plötzlich bei seinem Bruder, verlangte kalte Übergießungen, ließ sich aber dazu bewegen, die hydrotherapeutischen Mittel der nahen Anstalt zu besichtigen.

Erklärt sich für geistesgesund, sei nur nervös. Weitschweifig erzählt er, die Kollegen könnten ihn nicht leiden, da sie ihn nicht verstünden. Man hielt ihn für einen Simulanten. Er habe Kopf-, Magen- und Herzbeschwerden gehabt. Potus und Lues wird verneint.

Körperlich: Maskengesicht, Andeutung von Nystagmus. L. Pupille $>$ r. Lichtreaktion gering. Leichte Ptosis links; l. Fazialis schwächer. Zittern der Zunge und Hände; Ataxie der letzteren. Gang steif, breitspurig. Muskeltonus nicht verändert. Bauch- und Cremaster-R. erhalten. Kniereflexe l. $>$ r. Romberg $+$. Sensibilität nicht gestört. Bradyphasie. Zitterschrift.

Affektlos, demonstriert seine Gesundung durch Stuhlabsetzen in der Zelle. Kann sich geistig nicht beschäftigen. Nach zwei Monaten entlassen traf er einen Anstaltsarzt auf der Gasse, erzählte ihm in ironischer Weise, wie man sich bei ihm mit der Diagnose »progr. Paralyse« blamiert hätte; er sei nämlich ganz gesund. Einige Tage darauf (3. 10. 1907) wurde er jedoch wieder in die Anstalt gebracht, da er plötzlich zusammenstürzte. Ist jetzt zeitlich und örtlich mangelhaft orientiert, erinnert sich nicht an die Namen der Ärzte; faßt schwer auf. Anfangs euphorisch, später

apathisch. Unverständliche Aussprache, Amaurose. Inkontinenz von Blase und Mastdarm; schwache Krampfanfälle mit Temperatursteigerung, Tod im Koma.

Sektion: Hühnereigroße Geschwulst des r. Kleinhirns, entsprechend dem lob. quadrangularis (Fibrosarkom).

In diesem Falle finden wir Charakterveränderung, Reizbarkeit, Vergeßlichkeit, euphorisches, geschwätziges Wesen mit Andeutung von Witzelsucht, Verfolgungs- und Größenideen. Zum Schlusse Apathie, weitgehende Gedächtnisdefekte.

H. Doppelseitiger Kleinhirntumor.

Franz K., 30 J., aufg. 6. 10. 1923, gest. 23. 7. 1924. Angeblich seit Kindheit imbezill, ohne Schulbildung. Seit drei Jahren auffallend, bedroht die Angehörigen, treibt sich in den Wäldern herum. Schwerhörig, Aussprache schwer verständlich. In der Anstalt zeitweise erregt, zeitweise gehemmt. Faßt schwer auf, läßt sich nicht fixieren, verfällt in ein endloses Geschwätz, spricht auffallend schnell. Kein Verlangen nach Beschäftigung.

Körperlich: Strabismus, r. Fazialis schwächer, Kniereflexe gesteigert, Gang schwankend. Im weiteren Verlaufe Abnahme des Sehvermögens; Pat. geht tappend mit ausgestreckten Händen. Später apathisch, häufig wie im Halbschlafe, ohne Reaktion auf Fragen. Exitus ohne Krämpfe.

Sektion: Im l. Kleinhirn ein walnußgroßer, an der Pia des r. Kleinhirns ein kleineigroßer Tumor von sarkomatösem Charakter.

Dieser Kranke zeigt neben somatischen Störungen (Strabismus, Sehschwäche, Kleinhirngang, Tachyphemie) an psychischen Veränderungen auf: Wechsel von Erregung und Hemmung, erschwerte Auffassung, Mangel an Tätigkeitstrieb, Apathie und Schlafsucht. Alle Fälle zeigen im Beginne eine erhöhte Reizbarkeit mit Wahnideen depressiven, verfolgenden oder auch expansiven Charakters; Halluzinationen ließen sich nicht sicher nachweisen. Einmal bestand Neigung zum Witzeln, ironisch-sarkastischen Bemerkungen.

Bei dem doppelseitigen Tumor ist die Störung des Ganges und das auffallend schnelle Sprechen besonders hervorgehoben.

I. Multiple Tumoren (inclus. Cysticerken).

1. Marie N., 36 J., aufg. 20. 11. 1893, gest. 26. 6. 1897. Seit vier Monaten auffallend; hat Kopfschmerzen, glaubt sich von Teufeln verfolgt. Zeitweise heiter, singt. Ideenflucht, Reimbildung. Dazwischen ruhigere Intervalle.

In der Anstalt sehr unruhig, verwirrt, lärmt, schläft nicht. Nicht orientiert. Behauptet, sie sei in Wien beim Kaiser gewesen. Grimmassiert, reißt Kleider. Keine Innervationsstörung. Später mutistisch, läßt sich füttern, dann wieder lärmend; neigt zu obszönen Redensarten. Nimmt stundenlang starre Haltungen an, lacht dann plötzlich. 19. I. 1895 zwei epil. Anfälle, darauf läppisch-heiter. Stuporöse Zustände mit lebhaften Phasen wechselnd. In den letzten zwei Wochen somnolent.

Sektion: Cysticerken in der r. I. Stirnwindung und über die Hirnrinde zerstreut. In diesem Falle wurden nur zwei epil. Anfälle beobachtet. Im psychischen Bilde sind Verfolgungs- und Größenideen, Wechsel zwischen

Aufregungs- und Stuporzuständen, katatonische Haltungen, Neigung zu obszönen Reden vermerkt.

2. Martin A., 69 J., aufg. 12. 4. 1901, gest. 24. 6. 1901. Patient war Trinker. Seit einigen Monaten verwirrt, Verfolgungsideen, bedroht die Umgebung, zeigt Selbstmordabsichten.

Körperlich: Zunge rechts abweichend, Zittern der Hände, Kniereflexe fehlend.

Beim Examen stumpf, schwer auffassend, antwortet monoton, schließlich stereotyp: »Vom Schrecken.« Seit 20 Jahren epil. Anfälle, häufige Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche. Er sei kein starker Trinker gewesen. Gott habe ihm verboten zu reden. Später meist apathisch, unzugänglich, seltene Krampfanfälle, manchmal nur Zuckungen ohne Bewußtseinsverlust. Gelegentlich erregt, schreit, will fort. Nach somnolentem Zustande Exitus.

Sektion: Cysticercusblasen an der Convexität des Großhirnes u. im l. Thalamus opt. Neben epilept. Anfällen finden wir hier auch Zuckungen bei erhaltenem Bewußtsein. Psychisch: Halluzinationen, Verwirrtheit, Verfolgungsideen, Selbstmordneigung, Gedächtnisschwäche. Wechsel von Erregung und Apathie. Eine Krankheitsdauer von 20 Jahren ist bei Cysticercus nicht als Übertreibung anzusehen.

3. Vincenzia S., 56 J., aufg. 18. 3. 1906, gest. 31. 3. 1906. Wegen rheumatischer Schmerzen im Spital, wegen Unruhe der Beob.-Abt. zugewiesen. Desorientiert, gibt zu, daß sie verwirrt ist, verkennt die Umgebung. Erinnert sich nicht an die Namen ihrer Kinder. Erschwerte Wortfindung; nächtliche Unruhe.

Körperlich: Keine wesentliche Störung. Fällt plötzlich vom Sessel, ohne bewußtlos zu werden. Zu Bette gebracht ist sie unruhig. Später desorientiert, achtet nicht auf Fragen, erklärt sich für gesund. Ganz gewöhnliche Worte fallen ihr nicht ein, so daß sie mitten im Satze stecken bleibt. Eine spätere körperliche Untersuchung ergibt: L. Pupille > r., beide reagieren; l. Fazialis schwächer, Zunge rechts abweichend. Kniereflexe r. > l., Zittern der Hände, Gang breitspurig mit kleinen Schritten. Periphere Arterien sklerotisch.

Im weiteren Verlaufe zwei epil. Anfälle, nach dem zweiten hysterische Attitüden, an den folgenden Tagen Sopor. Kopf nach rückwärts gestreckt, Augen nach rechts gedreht, tonische Starre der Körpermuskulatur. Kniereflexe lebhaft. Puls normal frequent. Exitus.

Sektion: An der Oberfläche des Großhirnes und in den Ganglien Knoten von Linsen- bis Erbsengröße, stellenweise konfluierend. In der l. Niere eine walnußgroße Geschwulstmasse (Karzinom mit Metastasen im Gehirn). Diese Kranke weist neben Störungen der Hirnnerven einen plötzlichen Schwächeanfall, epileptische Krämpfe mit nachfolgenden hysteriformen Attitüden, zum Schluß einen tetanischen Zustand der Nacken- und Körpermuskulatur auf. Es ist nicht ausgeschlossen, daß die im Beginne erwähnten rheumatischen Schmerzen auf Herde in den Ganglien (Thalamus opt.) zu beziehen sind. Der psychische Zustand zeigt neben den sonst bei Tumor gewöhnlichen Störungen eine auffallende Erschwerung der Wortfindung.

4. Antonie N., 30 J., aufg. 21. 10. 1931, gest. 16. 11. 1931. Mutter geisteskrank. Die Patientin selbst leidet nach dem Zeugnis des einweisenden

Arztes an schwerer Hysterie. Sie verweigert die Nahrung aus Furcht, erbrechen zu müssen. Die Krankheit begann mit Kopfschmerz und vorübergehender Lähmung der l. Seite. Pat. ins Spital gebracht, wurde dort für gesund erklärt, da sie auf einmal wieder gehen konnte. Zu Hause klagte sie jedoch über beständige Kopfschmerzen und Reißen in den Gliedern. Erbricht alles außer Tee. Temp. 36.6°, Puls 78. In der Anstalt ruhig, getraut sich keine Bewegung zu machen, da sie sofort erbricht. Will deshalb nicht essen. Ist etwas deprimiert, jedoch gut orientiert, zeigt gutes Gedächtnis. Klagt über Kopfschmerz und linksseitige Schwäche, schlechtes Sehen und Hören, Ziehen in der l. Hand. Gibt richtige Auskunft über die Ereignisse ihres Lebens.

Körperlich: Hornhaut- und Rachenreflex abgeschwächt. Kniereflex l. > r. Gang schwankend. Pat. im weiteren Verlauf immer klar, andauerndes Erbrechen, zunehmende Schwäche. Exitus ohne Krämpfe.

Sektion: Sarkom des l. Ovariums, Metastasen in Milz und Mesenterialdrüsen. Im Gehirn fünf größere Knoten einer dunkel gefärbten Neubildung (zwei im l. Stirnlappen, zwei im r. Scheitellappen, einer an der Hirnbasis).

Hier sind als Allgemeinerscheinungen der Tumorbildung Kopfschmerzen und hartnäckiges Erbrechen aufgetreten, als Lokalsymptom Parese der l. Seite, welche scheinbar auf Suggestion des Arztes wieder verschwand, bzw. sich vorübergehend besserte. Diese Erscheinungen waren die Veranlassung zur Diagnose Hysterie. Später allerdings treten noch Seh- und Hörstörungen, schwankender Gang auf. Die psychischen Veränderungen sind kaum hervortretend, was bei multiplen Geschwülsten eine Seltenheit ist. Hysterische Symptome sind öfters bei unseren Kranken nachweisbar. Wir sahen im vorigen Falle hysterische Attitüden nach epil. Anfällen; in einem Falle von Cyste in der l. Sylvischen Furche erwähnte die Anamnese Krampfanfälle seit 28 Jahren, welche sich an Aufregungen anschlossen.

In drei von den vier Fällen multipler Tumoren finden wir epileptische Krämpfe, bzw. auch andere Krampf- und Lähmungserscheinungen. Die psychischen Veränderungen zeigen sich in Verwirrtheitszuständen, Halluzinationen, Wahnideen, Erregung mit Apathie öfters wechselnd, bis der Übergang der letzteren in Somnolenz und Koma das Ende ankündigt.

Zusammenfassung: Wenn wir unsere Fälle von Hirntumor noch einmal überblicken, so wird uns auffallen, daß ein großer Teil dem höheren Alter angehört. Wir haben bis zum 40. Lebensjahr 12, im Dezennium darauf nur 3, von 50—70 dagegen 20 Kranke. Dies steht in einem gewissen Widerspruche zu den großen Sammelberichten, welche eine Abnahme nach dem 40. Jahre feststellen. Ebensowenig geht aus unserer kleinen Sammlung ein Überwiegen des männlichen Geschlechtes hervor, denn wir haben 16 M. und 19 Fr., wobei die Fälle wahllos nach der Reihe genommen wurden. Es sind übrigens noch andere Punkte, welche gewisse Abweichungen aufweisen. So wird z. B. bei *Schuster* erbliche und sonstige Belastung in ungefähr 10% angegeben. Bei unseren Fällen ist sie 13mal verzeichnet, d. i. 37%. Alkoholismus wurde nur in 1—3% angegeben. Unter unseren Kranken sind vier Trinker, d. i. 11,5%.

Die Symptomatologie einzelner unserer Fälle ist, wie sich kaum leugnen läßt, eine ziemlich ärmliche. Das bezieht sich namentlich auf die neurologische Untersuchung. Diese hätte, genau und wiederholt vorgenommen, manches Ergebnis zutage gefördert, wodurch die Zahl der Fehldiagnosen vermindert worden wäre. Letztere findet man als Epilepsie, Paralyse, Demenz, postapoplektisches Irresein am häufigsten in den Krankengeschichten. Für die erstgenannte gilt *Oppenheims*[13] Mahnung, keine Epilepsie, mag sie auch noch so lange dauern, als genuine zu betrachten und namentlich auf atypische Krampferscheinungen zu achten. Die Paralyse dürfte bei den jetzigen diagnostischen Hilfsmitteln selten verkannt werden. Gegen Demenz spricht das ohne endogene oder exogene Ursachen erfolgende Hereinbrechen der Krankheit, die Zustände von Benommenheit, der häufige Wechsel zwischen Apathie und stärkerer geistiger Regsamkeit. Postapoplektisches Irresein wird in Frage kommen, wenn eine Blutung im Tumorgewebe Erscheinungen offenbar macht, die früher nicht bemerkt wurden. Von Allgemeinerscheinungen der Geschwulst finden wir bei unseren Fällen neben den verschiedenen Graden der Benommenheit bis zum tiefen Koma vermerkt:

Heftigere Kopfschmerzen in 17 Fällen, davon einmal in neuralgischer Form (Hypophysentumor) Sehstörungen, bald früh, bald spät auftretend, 12 mal. Die Herabsetzung des Sehvermögens betrifft zweimal den r. Stirnlappen, einmal r. Stirn- und Schläfelappen, einmal l. Stirn- und Scheitellappen, je einen Tumor des l. Hinterhauptl. und des l. Ventrikels, zwei Hypophysengeschwülste, einen Cysticercus racem., zwei Kleinhirntumoren, ein multiples, metast. Sarkom. Hemianopische Erscheinungen lassen sich nach den Krankengeschichten nur vermuten. Abstumpfung des Gehörs (l. Schläfelappen, Kleinhirn, multiple Tumoren, r. Stirnlappen). Geruchs- und Geschmacksstörungen werden nicht erwähnt. Auch sonstige Empfindungsstörungen sind selten angegeben. Allgemeine Hypaesthesie (Balkenstirnhirngeschw.) Überempfindlichkeit (Karzinom am Siebbein, Tumor in der l. Zentralfurche) rheumatoide Schmerzen (Krebsmetastase im Sehhügel). Ausfall des r. Beines aus dem Körperbewußtsein (Geschw. d. l. Stirn- und Scheitellappens). Von den sonstigen Geschwulsterscheinungen ist Erbrechen nur viermal besonders erwähnt. Noch seltener ist Schwindel beschrieben und zwar nur einmal als Drehschwindel (Cysticercus an der Brücke). Ebenso spärlich finden wir Pulsveränderungen. Beschleunigung in zwei Fällen (Ponstuberkel, Stirn-Schläfelappentumor). Verlangsamung nur einmal (Hypophysentumor). Umso häufiger dagegen sind Krampfanfälle und andere motorische Reizerscheinungen geschildert und zwar in 23 Fällen (66%). Es handelt sich um allgemeine und partielle Krämpfe, mit oder ohne

Bewußtseinsverlust, Jacksonsche Anfälle, dauerndes oder zeitweises Zittern, Spasmen, tonische allgemeine Starre (Stirnscheitell. Geschw., multiple Tumoren, Cysticercus an der Brücke). Auch Bewußtseinsverlust ohne Krämpfe ist beobachtet. Mimische Unbeweglichkeit des Gesichtes fand sich bei Stirnhirn- und Kleinhirntumor, Grimassieren bei disseminiertem Cysticercus, Zwangslachen und -weinen bei Tumor in der Chiasma-Gegend, häufiges Gähnen bei Hypophysengeschwulst. Bewegungen mit dem Bewußtsein des Zwanges wurden bei Erkrankung des r. Stirnlappens gesehen und bildeten die Vorläufer epileptiformer Krämpfe.

Die von *Kleist* als frontale Bewegungsunruhe beschriebene Erscheinung fand sich bei einer Geschwulst zwischen den Stirnlappen und einer zweiten, welche den Balken, beide Stirnlappen sowie das Kleinhirn betraf. Sie bildet das Gegenstück zur häufiger beobachteten Bewegungslosigkeit (Akinese), dem Mangel an Antrieb auf motorischem Gebiete. Lähmungserscheinungen sind oft vermerkt, sie betreffen einzelne Hirnnerven, sowie ganze Körperteile. Ataktische Störungen, Erschwerung und Unsicherheit des Ganges sowie *Romberg* sind häufig erwähnt, namentlich bei Lokalisation im Stirn- und Kleinhirn. Die Kniereflexe sind nur einmal als fehlend angegeben (Cysticercus u. Potus) meistens gesteigert, öfters mit Klonus, häufig ungleich auf beiden Seiten. Nachuntersuchungen hätten wahrscheinlich andere Ergebnisse gehabt.

Sprachstörungen sind oft beobachtet, meist in Form von Lallen, monotonem Reden, Skandieren. Auch Silbenstolpern kam vor (Stirnhirntumor). Bradyphasie wurde sehr häufig bemerkt (Stirnhirn, Hypophyse, Kleinhirn). Motorische Aphasie ist nur vorübergehend nach Anfällen oder statt dieser aufgetreten, trotzdem zwei Geschwülste nahe der Brocaschen Stelle saßen. Unlust zum Sprechen und zeitweiser Mutismus traten an ihre Stelle. Auffallender Sprechdrang wurde bei Hypophysen- und doppelseitigem Kleinhirntumor beobachtet, in letzterem Falle begleitet von abnorm raschem Reden (Tachyphemie). Zeichen sensorischer Aphasie fanden sich meist in Form mangelnden Sprachverständnisses, erschwerter Wortfindung sowie paraphasischer Störungen bei verschiedenem Sitze der Geschwulst, aber merkwürdiger Weise ist sensorische Aphasie bei keinem Falle von Schläfelappenerkrankung beobachtet, sondern bei jeder anderen Lokalisation und multiplen Geschwülsten.

Vegetative Störungen sind nur ausnahmsweise angeführt. Urininkontinenz ist häufig in den späteren Stadien; bei einer Stirnhirngeschwulst trat sie frühzeitig ein. Diabetes und Polyurie werden nicht erwähnt. Steigerung der sexuellen Erregbarkeit zeigte sich bei Stirnhirntumor, Impotenz bei einem der Hypophyse. Akromegalie und Dystrophia adiposogenitalis werden nicht er-

wähnt, nur einmal ein anämisch-cachektischer Zustand mit Ödemen (bei Adenom des Hirnanhangs). Schluckbeschwerden werden bei Stirn-Schläfelappengeschwulst angeführt; Heißhunger bei einem basalen Tumor (Sarkom), welcher auf den l. Schläfelappen übergriff. Temperatursteigerungen sind nur in einem Falle von Kleinhirnerkrankung vor dem Ende vermerkt, sonst nur bei Komplikationen. Schlafstörungen hind häufig beobachtet, anfangs als Schlaflosigkeit, später als Schlafsucht verschiedenen Grades bis zum Koma. Doch fand sich ein soporöser Zustand von dreimonatlicher Dauer bei einem Gliom des l. Stirnlappens schon in den früheren Stadien der Erkrankung. Der Tod erfolgte in vielen Fällen nach längerer Somnolenz, der öfters Krampfanfälle vorhergingen, dreimal aber plötzlich, und zwar bei nicht übermäßig großen Geschwülsten (Broca Gegend, l. Schläfelappen, Kleinhirn).

Wir wenden uns nun den psychischen Störungen zu, welche unsere Kranken boten, und müssen dabei die besonderen Verhältnisse berücksichtigen, welche bei ihnen von Einfluß sein dürften. Wir haben schon erwähnt, daß Belastung, Alkoholismus, Arteriosklerose und Senium bei unserer kleinen Beobachtungsreihe stärker zur Geltung kommen als in den großen Sammelberichten, und daß die erwähnten Umstände nicht ohne Einfluß auf die Gestaltung des psychischen Bildes bleiben können. Es ist jedoch kaum daran zu zweifeln, daß die Tumorbildung den Hauptfaktor bei der Entstehung der Geistesstörung darstellt. Nach den Berichten verschiedener Autoren ist auch die Psychose mit Entfernung der Geschwulst geschwunden, was den kausalen Zusammenhang dartut.

Wenn wir unsere Fälle nach der Lokalisation betrachten, so muß uns auffallen, daß ein verhältnismäßig großer Prozentsatz das Stirnhirn betrifft, nämlich 14 von 35 Tumoren. Rechnen wir dazu noch jene multiplen Geschwülste, welche wenigstens teilweise im Stirnhirn sitzen (vier), so zeigt sich, daß die Hälfte aller Fälle diesen Hirnabschnitt betrifft. Diese Tatsache scheint jenen Stimmen Recht zu geben, welche behaupten, daß namentlich Erkrankung der genannten Gegend zu frühzeitigen und beträchtlichen Störungen der Psyche führt, wenigstens solchen, welche den Aufenthalt in einer Irrenanstalt nötig machen. *Henner*[8]) glaubt auch, daß infolge der frühzeitig auftretenden seelischen Veränderungen nur ein geringer Teil dieser Kranken auf die Nervenklinik kommt, der größte Teil auf die psychiatrischen und in die Irrenanstalten. Psychische und somatische Störungen bei Hirntumor zeigen in bezug auf ihren Eintritt ein ganz verschiedenes zeitliches Verhältnis. Bald gehen die ersteren voraus, bald die letzteren, oder aber sie treten ziemlich gleich-

zeitig auf. Manchmal können gewisse Nervenerscheinungen, namentlich Krämpfe den anderen Symptomen viele Jahre lang vorauseilen, so in einem Falle 28 J. (Cysticercus der l. Sylvischen Furche), in einem zweiten 20 Jahre (Cysticerkose). Aber auch andere Tumoren können unter Umständen eine unverhältnismäßig lange Lebensdauer haben, so ein Gliom des l. Stirnlappens eine solche von sieben Jahren. Außer den Krämpfen werden Kopfschmerzen und Sehstörungen öfters als erste Krankheitszeichen angegeben (Gliome des r. und l. Stirnlappens, Hypophysisgeschwülste). Bei den meisten unserer Kranken werden jedoch psychische Änderungen als Einleitung der Erkrankung vermerkt. Freilich konnte öfters nachträglich erhoben werden, daß gewisse körperliche Störungen, Kopfschmerzen, Erbrechen, Krämpfe, Ohnmachten dem Ausbruche der Psychose längere Zeit vorhergegangen waren, dann aber eine Pause machten, so daß sie mit den späteren, ernstlichen Symptomen nicht in Zusammenhang gebracht wurden. Fälle ohne Geistesstörung kommen in der Irrenanstalt kaum vor, außer wenn einzelne Erscheinungen organischer Natur irrtümlich als funktionelle gedeutet werden (multipler Tumor als Hysterie beim letzten unserer Fälle). Aber die Tumorpsychose in einfacher Form als fortschreitende Trübung des Bewußtseins mit ihren Folgezuständen werden wir bei unseren Kranken kaum je antreffen. Der größte Teil weist wenigstens zeitweise Symptome komplizierter geistiger Störungen auf, welche an die allgemein bekannten Psychosen erinnern. Wir müssen an dieser Stelle gleich bemerken, daß ein vollkommen entwickelter Korsakoff aus den Krankengeschichten nicht entnommen werden kann. Das ist bei der Auffälligkeit des Syndroms kaum auf Beobachtungsfehler zu schieben. Desorientierung und Vergeßlichkeit bzw. allgemeine Gedächtnisdefekte sind häufig, Konfabulationen selten (Gliom des l. Stirnlappens, Ventrikeltumor). Vielleicht ist dies dem Mangel geistiger Regsamkeit zuzuschreiben und hätten Suggestivfragen Konfabulationen doch noch hervorgelockt. Jedenfalls sind die Ansichten über die Häufigkeit des Korsakoff geteilt. *Pette*[14] hält ihn im Gegensatz zu anderen für selten. *Baruk*[15] teilt die geistigen Störungen bei Tumor in drei Gruppen ein, und zwar Verwirrtheitszustände mit Desorientierung, Gedächtnisdefekt, Schlafsucht, Akinese, Stupor, weiters depressive Bilder mit Wahnideen, Lebensüberdruß, gelegentlich in Euphorie umschlagend, schließlich chronische, dementive Formen, fallweise mit Delirien. Alle die genannten Bilder finden sich bei unseren Kranken, bei vielen bilden sie aber nur Phasen im Verlaufe eines und desselben Falles und unterliegen, namentlich in den früheren Stadien, einem steten Wechsel, bis zum Schlusse eine dauernde Apathie eintritt.

welche im Verein mit der Benommenheit den Eindruck der Demenz machen kann. Wenn der Tumor sich mit Alkoholismus, Senium, Arteriosklerose kombiniert oder in dessiminierter Form mit zahlreichen Herden in der Hirnrinde auftritt (Cysticerkose), wird man von Demenz sprechen können. Hier handelt es sich um einen Rückgang der geistigen Fähigkeiten auf ein niedrigeres Niveau, daneben auch um irreparable Vorgänge. Bei Einzeltumoren im jüngeren Alter wird man jedoch nicht leicht von Verblödung reden können, da die psychischen Störungen nach Operation oft vollständig zurückgegangen sind. Ist aber Demenz bei einfachen, mit keiner anderen Gehirnveränderung verbundenen Geschwülsten selten zu finden, so sind psychische Krankheitsbilder anderer Art um so häufiger, wenn sie auch meist nur vorübergehende Episoden bilden. Auffallend oft begegnen uns bei unseren Fällen Verwirrtheitszustände mit und ohne Halluzinationen, hie und da die Krankheit einleitend. Zweimal werden sie anamnestisch als Delirium tremens erwähnt (basaler Cystic. racem. Hypophysengesch). Charakterveränderungen sind bei unseren Kranken öfters angegeben, und zwar nicht nur bei Stirnhirntumor. Es handelt sich um abnorme Reizbarkeit bis zu Wutausbrüchen (Ventrikeltumor), Unlust zur Arbeit, Mangel an Pflichtgefühl, Vernachlässigung von Schicklichkeit und Takt, ethische Defekte. Depressionszustände sind häufig, öfters mit Angst verbunden und nicht selten in Euphorie- und Manie-ähnliche Bilder umschlagend, welche gelegentlich von der sogenannten Witzelsucht begleitet sind. Wir finden diese in sieben Fällen, wovon fünf auf das Stirnhirn fallen. Abwechselnd mit Stimmungsschwankungen treten auf Zustände von Apathie bis zum Stupor, welcher dem katatonen gleichen kann (l. Stirnhirnlappen). Selbstmordneigung ist wiederholt beobachtet, nicht immer von Depression begleitet (Stirn-, Schläfe-, Hinterhauptlappengeschwülste, Cysticerkose). Wahnideen sind in jeder Form beobachtet, als Verfolgungs-, Größen-, melancholische und hypochondrische Ideen; am seltensten sind expansive (letztere bei Okzipital- sowie Kleinhirngeschwulst).

Ein der halluzinatorischen Paranoia gleichendes Bild fand sich bei Gliom des l., ein dem Querulantenwahn ähnliches bei Tumor des r. Schläfelappens, ein schizophrenieartiger Zustand bei einem Tuberkel des r. Kleinhirns. Am seltensten sind in unseren Fällen paranoide Züge bei Stirnhirngeschwülsten. Das Bewußtsein der geistigen Veränderung fehlt meistens oder tritt nur zeitweilig hervor. Trotzdem ist wiederholt Angst vor Wahnsinn geäußert worden (Stirnlappen- und Hypophysengeschwulst). Auch das Gewahrwerden körperlicher Defekte ist manchmal erloschen oder abgestumpft (Blindheit bei Ventrikeltumor). Die

den Geschwülsten eigene Benommenheit ist meistens nur zeitweise ausgesprochen. Sie kann gelegentlich vollkommener Bewußtseinsklarheit Platz machen (besonders auffallend bei einem Tumor beider Stirnlappen und bei Cysticercus racemosus). Gedächtnisstörungen im Zusammenhang mit der Benommenheit und ohne diese sind häufig, bald als Mangel an Merkfähigkeit auftretend, bald die ganze Vergangenheit umfassend. Aber auch diese Störung kann wieder, wenigstens zeitweise, verschwinden, wie besonders bei metastatischem Karzinom in beiden Stirnlappen deutlich hervortrat. Fehlen der Spontaneität im Denken, Erschwerung und Verlangsamung aller geistigen Vorgänge ist allen Tumoren gemeinsam, jedoch auch nicht immer gleich stark ausgesprochen.

Auf die psychischen Symptome die Diagnose »Gehirngeschwulst« zu gründen, dürfte noch immer eine ziemlich mißliche Aufgabe sein, wenn sie auch im Verein mit der Benommenheit dem Krankheitsbilde einen gewissen Stempel aufdrücken. Man muß sich vor Augen halten, daß sämtliche Erscheinungen, namentlich in den früheren Stadien, einen flüchtigen Charakter haben können. Für die Lokaldiagnose hat man hauptsächlich Halluzinationen, aphasische und apraktische Störungen, Astereognose und andere Agnosien herangezogen. Der Wert dieser Erscheinungen, namentlich der Sinnestäuschungen und der Aphasie, wird jedoch dadurch geschmälert, daß sie bei jedem Tumorsitze auftreten und gerade bei Lokalisation in oder nahe dem betreffenden Zentrum fehlen können (so z. B. Aphasie bei Geschwulst in der Broca Gegend). Man hat in neuerer Zeit nach dem Schichtenaufbau Felder, namentlich im Stirnhirn, abgegrenzt, deren Läsion mit motorischen und psychischen Störungen verbunden ist, welche die Aufmerksamkeit, Emotivität, den Willen sowie die Spontaneität der Gedankenbildung betreffen (*Kleist*[16]). Es mag bei umschriebenen Verletzungen möglich sein, diese Funktionsstörungen einzeln herauszuheben, bei Tumoren, welche die Feldergrenzen wenig achten, dürfte die Aufgabe schwierig sein. Wir werden in unseren Fällen aus den psychischen Veränderungen allein kaum einen Schluß ziehen können, ob der Tumor im l. oder r. Stirnhirn sitzt oder in beiden. Meistens handelt es sich ja um so große Geschwülste, daß sie beide Stirnlappen in Mitleidenschaft ziehen.

Man hat auch versucht, die Affektivität zu lokalisieren. Veranlassung dazu geben die Erfahrungen bei der Encephalitis lethargica mit ihren Bewegungs- und Gefühlsstörungen. Sie rückten die Bedeutung der subkortikalen Ganglien und vegetativen Centren in den Vordergrund, erklärten sie als den Sitz des treibenden Motors für die Bewegungen und das Denken, während

die Hirnrinde nur das Gedächtnismaterial enthalten sollte (*Haskovec-Küppers*[17]). Wir haben keinen Tumor der betreffenden Gegend, wenn auch einige derselben nahe rücken. Da in unseren Krankheitsfällen abnorme Gemütszustände häufig sind, müßten wir, um der erwähnten Annahme einigermaßen zu genügen, eine Fernwirkung der Geschwülste annehmen. Denn affektive Störungen, Mangel an Antrieb zu Bewegungen und zum Denken, Erschwerung und Verlangsamung der psychischen Prozesse werden wir gelegentlich bei jedem Tumorsitze finden.

Man wird an die Untersuchung in der Irrenanstalt nicht den strengen Maßstab der Klinik anlegen können. Dem widerspricht schon die große Anzahl der in den ersteren untergebrachten Kranken. Meist hat die Anstalt den Vorteil einer längeren Beobachtungszeit, welche den Wandel der Zustandsbilder und die Intensitätsschwankungen mancher Symptome, z. B. der Benommenheit und der Auffassungs- und Gedächtnisstörungen erkennen läßt. Was nun die Dauer der psychischen Veränderungen betrifft, so würde sich bei Einschluß jener Tumoren, welche Stillständen und eventuell regressiven Veränderungen unterworfen sind (Cysticercus, Tuberkel, Gummen, Hypophysenadenome), in unseren Fällen ein Zeitraum von drei Jahren ergeben. Schränkt man die Betrachtung auf die primären, stetig wachsenden Geschwülste ein (Gliom, Sarkom, Endotheliom), so sinkt die Beobachtungsdauer auf $1^1/_4$ Jahr im Durchschnitt. Die Dauer der körperlichen Symptome erreicht bei dieser Annahme eine etwas längere Zeit, ungefähr $2^1/_2$ Jahre.

Bei der Diagnose eines Hirntumors wird man sich, wie schon erwähnt, nicht auf die psychischen Symptome, welche, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, einem großen Wandel unterliegen, verlassen können. Wenn wir heute auf die nicht unbeträchtliche Zahl von Fehldiagnosen zurückblicken, so müssen wir gestehen, daß ein namhafter Teil derselben bei Berücksichtigung der körperlichen Krankheitszeichen vermieden worden wäre. Epileptiforme Anfälle und andere motorische Reiz- und Lähmungserscheinungen, heftige Kopfschmerzen, Sehstörungen, eventuell öfteres Erbrechen hätten den Verdacht auf einen Tumor nahe legen müssen. Freilich darf man nicht erwarten, daß die Krampfzustände in jedem Falle häufig auftreten werden; sie zeigen sich manchmal sehr vereinzelt, manchmal nur im Beginn der Erkrankung. In 12 unserer Fälle finden sie keine Erwähnung, darunter bei einem großen Tumor beider Stirnlappen, des Balkens und Kleinhirns, sowie bei multiplen, ziemlich großen Sarkommetastasen, welche übrigens auch zu keiner wesentlichen psychischen Störung führten. Gelegentlich schwanden die Anfälle mit Eintritt der Geistesstörung (Cysticercus

der l. Sylv. Furche). Serienanfälle mit jahrelangen freien Intervallen sind ebenfalls beobachtet (Cysticercus an der l. Brückenseite). Bei unseren Fällen weisen nur die Schläfenlappen keine anfallsfreien Geschwülste auf, sonst hat jede Lokalisation solche zu verzeichnen. Sehstörungen, bzw. Stauungspapille sind nur bei einem Teil der Tumoren zu erwarten, ebenso die anderen Allgemeinerscheinungen. Die Lokaldiagnose kann sich nicht auf unbestimmte subjektive Symptome stützen, wie z. B. umschriebene Klopfempfindlichkeit, sondern nur auf sichere Herderscheinungen, und sie muß das Fortschreiten des Prozesses nach topographisch-anatomischen Verhältnissen beurteilen. Dazu ist eine genaue Anamnese seit Beginn der Krankheit unerläßlich. Eine solche fehlt meistens bei Anstaltsinsassen oder ist sehr unverläßlich, und demnach wird die Sicherheit der Lokaldiagnose hinter den Angaben einzelner Autoren weit zurückbleiben (*Bruns* 75%[5]). Wir bringen in unserem Rückblicke über fast 40 Jahre kaum viel Neues, das die Kenner der großen Sammelberichte von *Schuster*, *Pfeifer* und *Stern*[18]) einer besonderen Aufmerksamkeit würdigen sollten. Unser Bestreben geht nur dahin, den Gegenstand von irrenärztlicher Seite zu beleuchten. Finden wir einen Kranken, welcher Neigung zu Benommenheit und Schlafsucht aufweist, ein wandelbares Bild in bezug auf Orientierung, Affektivität und Gedächtnis bietet, dabei den Eindruck der Schwerfälligkeit bei allen geistigen Leistungen macht, so werden wir Verdacht schöpfen. Dieser wird verstärkt durch Krampf- und Lähmungserscheinungen, Kopfschmerzen, Sehnervensymptome, gelegentliches Erbrechen bei Abwesenheit von Fieber. Einzelne dieser Zeichen können allerdings manchmal für längere Zeit verschwinden und müssen durch die Anamnese ermittelt werden, welche auch lokalisatorische Fingerzeige bieten kann, die eine Übergabe an die chirurgische Behandlung rechtfertigen. Diese wird dem Kranken nicht nur das Leben erhalten, sondern ihn auch eventuell von seiner Psychose befreien. Sind diese Fälle auch selten, so werden sie das Urteil über die Irrenanstalten doch günstig beeinflussen, das seit der Malaria-Behandlung der Paralyse einen wesentlichen Wandel erfahren hat. Es klingt nicht mehr so abfällig von seiten der Laien und mangelhaft unterrichteten Ärzte wie vordem. Das »Lasciate ogni speranza«, welches man über den Portalen der Anstalten schweben sah, ist im Verblassen und der Weg für eine ruhige und gerechte Wertung der anstaltsärztlichen Tätigkeit gebahnt. Es ist mit Grund zu hoffen, daß die Behandlung der Geisteskranken einen stetigen Fortschritt aufweisen wird.

Literatur:

1. *Neuburger* »Studien zur Geschichte der deutschen Gehirnpathologie«. Jahrb. f. Psychiatrie Bd. 34.
2. *Redlich* »Die Psychosen bei Hirnerkrankungen« 1912.
3. *Jelliffe* and *White* »Diseases of the nervous system« 1915.
4. Revue v neurologii a psychiatrii Bd. XXV, Prag 1928.
5. *Bruns*, Deutsche Klinik Bd. XII, 1909, »Hirngeschwülste«.
6. *G. H. Wells* »Arbeit, Wohlstand usw.« Bd. II. Paul Szolnay 1932.
7. *Kroll* »Die neuropath. Syndrome« 1929.
8. *Henner*, Revue Bd. XXVI, Prag 1929, »Stirnhirngeschwülste«..
9. *Goldstein* »Diagnostik der Hirngeschwülste« 1932.
10. *Curschmann-Kramer* »Lehrb. d. Nervenkrankheiten« 1925.
11. Referat über den internat. neurol. Kongreß. Revue XXVIII u. XXIX.
12. *Vermeylen* »L'état mental aucours des Tumeurs cérébr. Referat Revue Bd. XXVII, 1930.
13. *Oppenheim* »Geschwülste des Gehirns« 1902.
14. *Pette*, Neue deutsche Klinik Bd. III, 1929 »Gehirntumoren«.
15. *Baruk* zitiert bei Kroll.
16. *Kleist* zitiert bei Rose »Vergleichende Cytoarchitektonik des Stirnhirns« Fortschritte der Neur. u. Psychiatrie Bd. IV, 1932.
17. Revue Bd. XXII, 1925, Prag, *Haskovec* »Subcorticaler Psychismus«.
18. Sammelberichte: *Schuster* »Psychosen bei Gehirntumoren«, 1902; *Pfeifer* »Psychosen bei Gehirntumoren« Archiv Psych. Bd. 47; *Stern* »Psychosen bei Gehirntumoren« Archiv Psych. Bd. 54.

(Aus der Landesanstalt Sonnenstein. Direktor: Prof. Dr. *Nitsche*.)

Zur Beurteilung der Beschäftigungstherapie der Schizophrenie unter klinischen Gesichtspunkten.

Von

E.-A. Schmorl.

Unter den zahlreichen Bemühungen, die Schizophrenie therapeutisch zu beeinflussen, nimmt in jüngster Zeit die »aktivere Therapie« im Sinne *Simon*s insofern einen gewichtigen Platz ein, als es durch sie tatsächlich gelingt, das Niveau der Kranken zu heben und sie in weitgehendem Maße zu steuern und zu sozialisieren. Nicht zu trennen von der »aktiveren Therapie« ist die planmäßige Beschäftigung der Kranken. Wohl ist eine Beschäftigungstherapie ohne die Prinzipien der »aktiveren« Behandlungsweise möglich, allein diese ohne jene nicht denkbar. Wenn hier über die Wirkungsmechanismen der Beschäftigungstherapie berichtet werden soll, so ist jene Beschäftigungsbehandlung im Rahmen der »aktiveren« Therapie Ziel der Untersuchung.

In der Psychotherapie finden wir eine kausalgreifende Wirkung leider selten und fast nur unter besonders glücklichen Umständen. Zumeist herrscht das Bestreben, dem Kranken neue Inhalte zu geben, um dadurch schmerzhafte Konflikte, pathologische Mechanismen gewissermaßen kaltzustellen. Bei vielen modernen psychotherapeutischen Maßnahmen kann der Kranke sein Dasein mit einer Überfülle von Symbolen füllen, magische Verknüpfungen ahnen, und in der langen Dauer einer psychoanalytischen Behandlung z. B. sich jede, auch die anscheinend belangloseste Handlung, unter höheren Ursachen und Zwecken sinnbar machen. Daß diese psychotherapeutische Technik, über die hier gar nicht geurteilt werden soll, bei tieferliegenden Psychosen keine Wirkung haben kann, ist einleuchtend. Kranke, die an einer tiefgreifenden Ichstörung, an einer zentralen Abnormität der Impulse leiden, deren zerfallende Persönlichkeit von extraegotistischen Wahngebilden erfüllt ist, werden weder Angreifsflächen für ableitende Suggestionen besitzen, noch die Fähigkeit, subtile geistige Operationen, die ihrem Dasein durch Aufdecken und Wegdrängen des »Krankhaften« neue sinnbare Inhalte geben, vorzunehmen imstande sein. Bei tieferliegenden psychotischen Störungen ist also dieser psychothera-

peutische Weg nicht gangbar. Es muß vielmehr bei diesen Störungen der menschlichen Psyche ein anderer Weg eingeschritten werden. Einen solchen Weg geht die Beschäftigungstherapie. Sie kann nicht krankhafte Störungen des Seelenlebens dadurch zum Verschwinden bringen, daß sie diese analysiert und sinnbar macht, sie legt vielmehr das Hauptgewicht auf die soziale Leistung, die ein seelisch erkrankter Mensch noch aufzubringen imstande ist, und versucht von da aus den Kranken mit neuen Inhalten zu füllen und dadurch das Pathologische weniger zentral und gegenständlich für ihn zu machen.

Wenn hier von der Wirkung der Beschäftigungstherapie auf die schizophrenen Psychosen abgehandelt werden soll, so ist dies einmal darin begründet, daß sich die Schizophrenie durch andere psychotherapeutische Maßnahmen nicht längere Zeit beeinflussen ließ, andererseits aber darin, daß die Wirkung der Beschäftigungstherapie bei den schizophrenen Psychosen gerade am deutlichsten zu beobachten ist. Die Frage, ob der Schizophrenie organische Ursachen unterliegen, hat für das Problem der psychischen Angriffsweise der Beschäftigungstherapie nur geringere Bedeutung, ihre Wirkung ist keine kausale, sondern eine symptomatische. Es ist allerdings schon hier zu bemerken, daß durch die funktionelle Wirkungsweise der Beschäftigungstherapie nicht nur krankhafte Symptome verwischt werden, sondern daß tatsächlich eine Umstimmung der kranken Persönlichkeit nach dem Sozialen zu erzielt werden und damit der Verlauf der Psychose entscheidend verändert werden kann.

Wenn *Kraepelin* die Dementia praecox mit einem Orchester ohne Dirigenten vergleicht, so weiß der Therapeut, welcher die Beschäftigungstherapie ausübt, daß er nicht den ursprünglichen Kapellmeister dem Orchester wiederzugeben vermag. Er wird aber versuchen, — um im Bild zu bleiben — das seelische Konzert eventuell vom ersten Geiger aus dirigieren zu lassen.

Die Anwendung der Beschäftigungstherapie wird bereits von den alten Autoren wie *Reil, Esquirol, Pinel* empfohlen. *Spurzheim* veröffentlicht in seinem 1818 erschienenen Buche »Observations sur la folie« den detaillierten Plan einer Irrenanstalt, die inmitten von Werkstätten gelegen ist. *Horn* führt in eben dieser Zeit, bei der Umorganisation der Charité in Berlin, daselbst die Beschäftigungstherapie ein. Wenn wir heute auch in wesentlichen Punkten unsere Kranken abweichend behandeln, so ist doch seine revolutionierende Tat in der Irrenhauspraxis durchaus anzuerkennen. *Horn* schreibt in seinem 1818 erschienenen Buche »Oeffentlichen Rechenschaft etc.« über die Beschäftigungstherapie folgende auch heute noch gültigen Sätze:

»Eins der wirksamsten Heilmittel heilbarer Geisteskranken, so wie Palliativmittel unheilbarer Kranken dieser Art, ist Beschäftigung und Arbeit. (...) Beschäftigungen und Arbeiten aller Art, nach den Anlagen, Neigungen und Kräften der Kranken ausgewählt, nach bestimmten Vorschriften und dazu angewiesenen Stunden pünktlich ausgeführt, gehören daher zu den kräftigsten Heilmitteln bei der Kur der Gemüthskrankheiten. Diese Mittel wirken umso wohlthätiger, (...) je lieber er (der Kranke) während seiner Krankheit in Einsamkeit, Zurückgezogenheit und Geschäftslosigkeit zu verweilen wünschte. Je träger und menschenscheuer diese Kranken sind, je mehr sie geneigt sind, ihren Grübeleien nachzuhängen, ihren eingebildeten Lebensverhältnissen sich ganz hinzugeben, umso nothwendiger ist es, sie zur Arbeit und zur Beschäftigung mit Ernst anzuhalten.«

Am wichtigsten aus dieser Zeit aber ist das »Regulativ über die Beschäftigungen und das Arbeitswesen in der Königl. Sächs. Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein vom 11ten Junius 1828«, auf dessen Bedeutsamkeit *Gaupp* (Sonnenstein) in letzter Zeit aufmerksam machte.

In der Zeit der Bettbehandlung spielte naturgemäß die Beschäftigung der Kranken eine geringe Rolle und war nur leichteren Fällen von Psychosen oder Schwachsinn vorbehalten.

Abgesehen von Anstalten wie Altscherbitz und Sonnenstein, die traditionsgemäß ihre Kranken beschäftigten, wurde erst durch *Simon* der Beschäftigungstherapie wieder ihre zentrale Stellung eingeräumt, ihre Wirkungsweise ins ungeahnte erweitert.

Während früher keine direkten therapeutischen Indikationen der Beschäftigung gegeben waren, ist es das Prinzip *Simons*, die Kranken sich nicht selbst, das heißt ihren pathologischen Seelenvorgängen zu überlassen, noch sie durch das abgeschlossene Anstaltsmilieu asozialisieren zu lassen, sondern die Kranken durch eine normierte Tätigkeit zu disziplinieren und zu erziehen. Der Kranke wird also nicht durch tiefschürfendes Analysieren seiner Krankheit auf seine pathologischen Seelenvorgänge gehetzt, sondern als Gesamtpersönlichkeit in ein ihm angemessenes Milieu gestellt unter bewußter Vermeidung, ihm die Möglichkeit zu geben, sich abnorm zu gebaren oder über das Krankhafte in sich zu reflektieren. Dies ist das Prinzip der »aktiveren Krankenbehandlung« *Simons*, in der die Beschäftigungstherapie die wichtigste Stellung einnimmt.

Die Beschäftigungstherapie hat nun in unseren Irrenhäusern eine doppelte Aufgabe zu erfüllen: sie ist einmal gegen die psychischen Veränderungen, die durch längeren Anstaltsaufenthalt entstehen, orientiert, das andere Mal — und im Falle der Schizophrenie ganz besonders — gegen die einzelnen Krankheitssymptome gerichtet. *Simon* nennt diese oben erwähnten Anstaltsartefakte »die drei großen Schädlichkeiten, die unsere Geisteskranken in der Anstalt bedrohen und denen unsere Therapie fortgesetzt entgegen-

wirken muß«, »die Untätigkeit, das ungünstige Anstaltsmilieu und die grundsätzliche Unverantwortlichkeit«. Wie im Gefängnis kann den Kranken in einem Irrenhaus durch seine persönliche Unfreiheit und die Isolierung aus dem allgemeinen sozialen Geschehen ein zersetzendes Gefühl der Zeitlosigkeit und Uniformität seines Daseins beschleichen, das eine Gleichgültigkeit der inneren und äußeren Haltung bei ihm bedingt. Er kann durch den normierten, versorgten Lebenslauf in ein dumpfes »laisser aller« kommen, intellektuell verlottern oder verstumpfen, wenn er nicht — bei anders geartetem Temperament — in eine dauernde Gereiztheit gerät, sich hemmungslos seinen Affekten überläßt und in eine Explosionsbereitschaft hineinkommt, die ihn völlig asozial macht und welche seine Umgebung aufs schwerste irritiert.

Daß ein Schizophrener zu derartigen Reaktionen mehr neigt als etwa ein stumpfer Paralytiker oder stiller Melancholiker, lehrt die Beobachtung. Natürlich ist die Beschäftigungstherapie allein nicht imstande, diese Anstaltsartefakte zu beseitigen; es ist dies nur möglich durch eine bewußte Milieugestaltung im Sinne der »aktiveren Therapie«, deren Hauptwirkungsfaktor aber — wie schon oben betont — die Beschäftigungstherapie ist.

Die andere Aufgabe der Beschäftigungstherapie, das schizophrene Zustandsbild selbst zu beeinflussen, soll weiter unten ausführlich behandelt werden. Es sei aber hier schon angedeutet, daß durch die Beschäftigungstherapie noch intakte psychische Kräfte gefunden und geübt werden sollen. So wird durch ihre Anwendung versucht unter Ausbildung von Äquivalenten, krankhafte oder asoziale Eigenschaften des Patienten wegzudrängen, ihm eine neue Zielsetzung zu geben und seine innere Chaotik durch Einführung eines agonistischen Prinzips zu bekämpfen. Die Kunst des Therapeuten liegt hier darin, daß er streng individualisierend eine möglichst adäquate Beschäftigung finden muß, die aber so beschaffen sein möchte, daß sie dem Wahn des Patienten möglichst keine Angriffsfläche gibt. Es ist ferner natürlich die soziologische Struktur der Kranken zu berücksichtigen, auch ist der prinzipielle Unterschied in Tempo und Charakter der Arbeit bei den verschiedenen Geschlechtern nicht zu übersehen.

Nach *Mayer-Groß* liegen die therapeutischen Aufgaben bei der Schizophrenie darin, die »Herstellung des Rapports« und »die Wirklichkeitszuwendung« zu fördern. Wir können hinzufügen: nach Möglichkeit die Sozialisierung und Stetigkeit des Verhaltens beim Kranken zu erreichen suchen, sind die nächsten Aufgaben.

Es ist nicht ohne Bedenken, vom gesunden Seelenleben aus Schlüsse (oder gar Forderungen) auf das Pathologische zu ziehen. Die Voraussetzungen, Wirkungen von Beschäftigung auf dasselbe, der Drang nach ihr, die Ablehnung von ihr ist schon beim nor-

malen Menschen charaktermäßig derartig verschieden nuanciert, daß eine Beurteilung der Faktoren, die Beschäftigung oder Arbeit in sich bergen, vom normalen Menschen zum abnormen nur mit großer Vorsicht möglich ist. Immerhin ist an dem Satz *Nitsche*s daß »das Betätigungsbedürfnis eine allgemeine Tatsache des normalen Seelenlebens« ist, festzuhalten, ja er trifft auch für einen großen Teil der Schizophrenen zu. *Nitsche* geht dabei von der Arbeitshypothese aus, daß die Beschäftigung im weitesten Sinne eine physiologisch notwendige Funktion des Seelenorgans sei, das, analog anderen Organen, einer Inaktivitätsatrophie verfallen kann, wenn sich seine physiologischen Funktionen in irgend einer Weise nicht entfalten können. Dies geschieht nun zum Beispiel bei wichtigen schizophrenen Primärsymptomen wie Ichstörung, Automatismus, Abnormität der Impulse, strukturelle Verwirrtheit *(Gruhle)*. Durch diese und andere Störungen werden die Funktionen des »Seelenorganes« empfindlich irritiert, wenn nicht gar gelähmt, dieses selbst wird durch dieses Nichtfunktionieren seiner physiologischen Betätigungen sekundär atrophieren und brachliegen, dadurch den Angriffen der mannigfaltigen sekundären Symptome der Schizophrenie leichter anheimfallen und in ständigem Circulus vitiosus immer mehr verkümmern und funktionsuntüchtig werden. Hier einzugreifen ist eine wichtige Aufgabe der Beschäftigungstherapie.

Es ist im folgenden streng zwischen Tätigkeit und Arbeit zu scheiden. Nennt *Nitsche* erstere im Sinne seiner obenerwähnten Arbeitshypothese einen »Ausfluß von psychischen Kräften, die durch den Lebensprozeß frei werden«, so bezeichnet der gleiche Autor die Arbeit als »eine auf Erreichung eines vernünftigen Zweckes gerichtete Tätigkeit«.

Bei der Tätigkeit gibt es noch keine koordinierte Regelung von Antrieb und Hemmung; sie ist eine gleichsam blinde Objektivation von Vorgängen der Willens- und Gefühlssphäre, bei der die Zwecke noch nicht über die Sphäre des eigenen Ichs hinausgehen. Die Tätigkeit ist also ein mehr formaler seelischer Vorgang. Die »Ausdrucksbewegung«, die Formung des Augenblicks, der nach dem momentanen Zustand der Psyche geprägt wird, ist das Wichtige, der äußere Effekt ist sekundär oder wird mehr spielerisch gewertet. Das Triebmäßige herrscht also noch in der »Tätigkeit«; ihr Inhalt, ihre Orientierung ist unter Umständen von großem psychologischen Interesse, kann und soll aber hier nicht erörtert werden.

Ganz untätig sind nur sehr wenige Menschen; auch unter Schizophrenen, schwer stuporöse und katatone ausgenommen, findet man schwerlich einen, der nicht einen gewissen Betätigungsdrang zeigt. Von pathologischer Tätigkeit seien hier manche, jahre-

lang beibehaltene, immer rudimentärer werdende Stereotypien und Manieren, deren ursprünglicher Symbolgehalt stetig verwischter wird, genannt. Es gehören ferner u. a. hierher jenes planlose Hin- und Herlaufen, das an gefangene Tiere in der Menagerie gemahnt, manche ticartige Erscheinungen, affektlose Erregungen, in denen sich der gehemmte Betätigungsdrang auszuwirken sucht, endlich auch jenes Anfangen und Liegenlassen von tausenderlei Dingen, ohne daß etwas ernstlich begonnen, geschweige denn vollendet würde. Sperrung und Hemmung, Ichstörung, veränderte Grundstimmung, Abnormität der Impulse, Denkstörung, strukturelle Verwirrtheit, Wahn *(Gruhle)*, Untergang der »notion du réel« *(Claude)* beeinflussen bei diesen Schizophrenen entscheidend alle durch den Lebensprozeß frei werdenden Impulse, ersticken, verändern, verkümmern sie, lassen sie sich gegeneinander richten und in ihrer Chaotik direktionslos sich ausströmen. Jene Schizophrene, deren auffälligstes Kennzeichen die Zerfahrenheit, der Mangel an Stete einerseits, der Mangel an Initiative und die Hemmung andererseits ist, die dieses kaum zu definierende feine Spiel zwischen Antrieb und Hemmung, Impuls und Initiative, das der Normale besitzt, verloren haben, gehören hierher. Ihnen jenes zentral Regulierende, was man wohl Selbststeuerung nennen kann, wiederzugeben oder zu ersetzen, ist Aufgabe des Therapeuten. Und ein Mittel dazu ist die Beschäftigung, die Arbeit.

Es würde den Rahmen dieses Versuches sprengen, sollten hier alle seelischen Vorgänge, die sich beim Komplex »Arbeit« ergeben, aufgedeckt werden. Von soziologischen, leistungsphysiologischen Gesichtspunkten muß bewußt abgesehen werden. Es soll hier nur angedeutet werden, daß der Autor unter Arbeit eine planmäßig regulierte Tätigkeit versteht, deren äußerer Effekt außerhalb des Ichs beruht, die aber durch den zielvoll geleiteten Betätigungsdrang dem Ich Ausdruck verleihen und neue psychische Qualitäten vermitteln kann.

Die wichtigsten Erfordernisse der Arbeit sind also, wie wir gesehen haben, Zielsetzung und Selbststeuerung, zwei Eigenschaften, die gerade die Mehrzahl der Schizophrenen nicht mehr oder nur rudimentär entfalten können. Das dritte ist die Unterordnung unter einen vernünftigen Zweck. So vieldeutig, vielgestaltig nun das Wesen des einzelnen Arbeitsvorganges ist, ebenso reich und vielseitig ist nun die Anwendung der Beschäftigung in der therapeutischen Praxis. Da wird die individuelle Ausdrucksbewegung durch sie überprägt, indem der Kranke, sich dem fremden Rhythmus der Arbeit unterordnend, seine Bewegungen normiert. Da müssen Antrieb und Hemmung reguliert, Impulse verwendet oder unterdrückt werden. Da wird die Aufmerksamkeit gebunden, Stetigkeit und Konzentration erfordert, Kontinuität der

Steuerung, im besten Falle der Selbststeuerung verlangt. Hinwendung, Bindung und Verknüpfung im Sinne seelischer Anteilnahme (Interesse), innere Auseinandersetzung mit Material und Arbeitsziel, Anpassungsfähigkeit und Kritik muß der Kranke bei differenzierteren Arbeiten aufbringen. Prompte Reaktionen, planvolles Umgehen oder Überwindung von plötzlich auftretenden Schwierigkeiten, die vom Ziel abbrächten, Auffindung neuer Wege, die zu dem einmal gesteckten Ziele führen, Rechnen mit der Zeit, Verantwortungsgefühl für das, was man schafft, ja neue, differenziertere Zielsetzung ist bei Schizophrenen durch die Arbeitstherapie zu erreichen zu suchen — und ist bei ihnen erreicht! Die Schizophrenen, deren Mehrzahl ja asozial ist, sollen lernen, indem sie ihr Ich einem vernünftigen Zweck unterordnen, sich wieder in einen »Gesamtplan« einzupassen *(Nitsche)*. Gelingt dies nicht, so ist schon viel erreicht, wenn man sie dahin bringt, ihre triebmäßigen, spontanen Impulse zu unterdrücken, ein Gefühl der Verpflichtung an Zwecke und der Verantwortlichkeit bei ihnen zu setzen und das Gefühl der Leistung, der Selbstbefriedigung am eigenen Getanen, das eine Hebung des Selbstgefühls in sich birgt, ihnen wiederzugeben.

Nicht zu verkennen ist freilich, daß in der falschen Anwendung der Beschäftigungstherapie auch mannigfaltige Gefahren liegen. Mechanisierung durch niedere Arbeit, ödes Disziplinieren von noch regsamen Kranken, Hemmung freier schöpferischer Impulse durch schematisierendes Arbeitgeben gehören neben dem niederdrückenden Gefühl von Gebundenheit und Unfreiheit, das bei nicht adäquater Zielsetzung oder Arbeitstechnik manche Kranke beschleichen kann, hierher.

Andererseits sind aber diese Gefahren bei unseren Kranken nicht allzuhoch anzuschlagen. Gerade hier zeigt es sich am deutlichsten in unserem Problem, daß eine Übertragung der Arbeitswirkung vom gesunden, sozialen Menschen auf den schizophrenen, asozialen nur bedingt möglich, in vielem unmöglich ist. Wenn u. a. *Klages* (kosmogonischer Eros) und *Nietzsche* den psychischen Gewinn, den »Arbeit« geben kann, gering einschlagen, so ist dies ein Problem, das in der heutigen Zeit der Arbeit wohl diskutiert werden kann, betrifft aber nicht unsere Kranken. *Nietzsche* schreibt im Aphorismus 173, III. Buch der »Morgenröte«, »Die Lobredner der Arbeit«: »Bei der Verherrlichung der 'Arbeit', bei dem unermüdlichen Reden vom 'Segen der Arbeit' sehe ich dieselben Hintergedanken, wie bei dem Lobe der gemeinnützigen unpersönlichen Handlungen: den der Furcht vor allem Individuellen. Im Grunde fühlt man jetzt, beim Anblick der Arbeit — man meint immer dabei jene harte Arbeitsamkeit von früh bis spät —, daß eine solche Arbeit die beste Polizei ist, daß sie jeden im Zaume

hält und die Entwicklung der Vernunft, der Begehrlichkeit, der Unabhängigkeitsgelüste kräftig zu hindern versteht. Denn sie verbraucht außerordentlich viel Nervenkraft und entzieht dieselbe dem Nachdenken, Grübeln, Träumen, Sorgen, Lieben, Hassen, sie stellt ein kleines Ziel immer vors Auge und gewährt leichte und regelmäßige Befriedigung ...«. Ohne das Bruchstück dieses Aphorismus' in bezug auf seine Allgemeingültigkeit näher analysieren zu wollen, genügt es hier zu sagen, daß wir ja gerade die Schizophrenen vor dem »Nachdenken, Grübeln, Träumen, Sorgen, Lieben, Hassen« bewahren wollen, daß wir sie sozialisieren möchten und dabei jene »Arbeitsamkeit von früh bis spät«, deren »Härte« zu mildern, Aufgabe des Therapeuten ist, benutzen wollen.

Allein die Gefahren, die zumeist, wie gesagt, einem fehlerhaften Therapieren entspringen, sind unschwer zu vermeiden. Die »Grundqualitäten des psychophysischen Mechanismus« (*Jaspers*) und der »Persönlichkeit« (*Kraepelin*): Ermüdbarkeit, Erholbarkeit, Übungsfähigkeit, Übungsfestigkeit, Ablenkbarkeit, Gewöhnungsfähigkeit, Anregbarkeit sind hier in Betracht zu ziehen. Zugleich ist die subjektive und objektive Einstellung des Individuums zur Arbeit zu berücksichtigen: 1. Subjektiv: Arbeitsfreude, Müdigkeitsgefühl, 2. objektiv: Arbeitseignung, Ermüdung (*Jaspers*).

In der Beschäftigungstherapie kann man anfangs einen Mangel an Arbeitsfreude, stark hervorgebrachtes Müdigkeitsgefühl vernachlässigen. Die therapeutische Kunst muß vielmehr das Objektive, die Arbeitseignung, zu finden suchen. Ist einmal einem Kranken die ihm geeignete Arbeit zuteil geworden und hat er in ihr eine, wenn auch noch so geringe Leistung vollbringen können, so wird sich zumeist auch späterhin die Arbeitsfreude bei ihm einstellen. In diesem Sinne sind zunächst alle Kranken zu beschäftigen, Übungsfähigkeit, Gewöhnungsfähigkeit, Anregbarkeit bei ihnen zu finden. Die Gefahr allzu großer »Ermüdung« der Kranken ist, wenn der Betätigungstrieb nicht pathologischen Ursachen entspricht, in einem geordneten Anstaltsbetrieb gering.

Es ist selbstverständlich, daß körperlich kranke oder gebrechliche Schizophrene nicht oder nur mit leichter Arbeit beschäftigt werden.

In letzter Zeit haben *Thumm* und *Silverschmidt* (letztere aus der *Simon*schen Anstalt) Zahlen angegeben, in denen die Prozentsatz der beschäftigten Kranken enthalten ist. Wenn auch diese Prozentzahlen — wie zumeist übrigens — nicht allzuviel geben können, so geht doch eines aus ihnen hervor, daß in ihren Anstalten der weitaus größte Teil der Kranken dauernd zu beschäftigen ist. Die Wirkung der Beschäftigungstherapie auf die Güterslohe̲r Kranken ist von Simon in so grundlegender Weise geschildert worden, daß hier auf seine diesbezüglichen Arbeiten

nur verwiesen sei. *Thumm* konnte Arzneimittel und Dauerbäder erheblich einschränken; er sah nach Einführung der aktiveren Therapie Gewichtszunahmen und deutliche Sozialisierung seiner Kranken, so daß er zu dem Ergebnis kommt: »viele Erregungszustände und andere Krankheitsäußerungen« sind »bei Psychosen milieubedingt«. »Erregungszustände (...) auf den unruhigen Abteilungen (...) sind häufiger, als bisher bekannt, psychogen und nicht so durchweg schicksalsmäßig bedingt«. Auch in anderen Anstalten, wie z. B. in der Heil- und Pfleganstalt in Regensburg (*Zierl*) wurden ähnliche Beobachtungen gemacht.

Der Einwand, daß es sich bei der aktiveren Therapie, speziell der Beschäftigungstherapie, um nichts Originelles, sondern Altherbekanntes handele, ist oft gemacht worden. Aber einmal hat *Simon* wiederholt betont, daß er jeder Prioritätsfrage durchaus gleichgültig gegenüberstehe, das andere Mal sind die alten Autoren wie *Reil*, *Pinel* usw., die ja übrigens auch *Simon* zitiert, so voll von praktischen Ratschlägen im Sinne einer aktiveren Therapie, daß man ruhig sagen kann: So alt wie die Psychiatrie sind auch die therapeutischen Bemühungen in unserem Sinne. Was aber die aktivere Therapie *Simon*s von den anderen gleichsinnigen therapeutischen Bemühungen scheidet, ist die Ausdehnung und Intensität, mit welcher *Simon* diese Therapie betreibt. Dieser Unterschied wird am deutlichsten, wenn man die Forderungen von *Groß* an die Beschäftigungstherapie mit denen, die wir heute stellen, vergleicht.

Groß trennt für die Behandlung körperliche von geistiger Arbeit. Während ihm die erstere zur »Ablenkung und Ruhigstellung« dient, heißt es von der letzteren, daß sie »in der Psychotherapie nur eine geringe Rolle« spielt. Wir lehnen heute eine Trennung von körperlicher und geistiger Arbeit in der Therapie ab, da wir wissen, daß bei selbst ganz primitiven körperlichen Arbeiten die Psyche beansprucht werden kann, ihre Wirkung, bei den Schizophrenen zumal, mehr psychisch als körperlich ist. Für *Groß* ist die Beschäftigung Geisteskranker günstig 1. zur pädagogischen Erziehung von Imbezillen und Desquilibrierten und 2. zur Wiedergewöhnung der in der Genesung bereits fortgeschrittenen und nicht mehr sonderlich ermüdbaren Rekonvaleszenten an ihren früheren Beruf. Er beginnt daher »so früh als möglich« mit der Beschäftigungstherapie, »spätester Zeitpunkt ... wo vorher erregte Kranke anfangen ruhig zu werden und die Gefahr der Verblödung droht«. Wir würden sagen zu spät!, wenn nicht vorher der Versuch gemacht wurde, die Erregung durch die Therapie abzubremsen. Die Schwierigkeiten, die sich nach *Groß* der Beschäftigungstherapie entgegenstellen können, sind Unzuverlässigkeit und innere Widerstände der Kranken. Wie diese beiden Schwierigkeiten — es

gibt noch viel schwerere! — zu umgehen sind, wird weiter unten dargestellt werden.

Wenn wir nun rein praktisch auf die Einflüsse der Arbeitstherapie in bezug auf das schizophrene Zustandsbild eingehen, so werden wir es nicht vermeiden können, so sehr wir auch bestrebt sind, die objektive, sichtbare Metamorphisierung des schizophrenen Bildes in den Vordergrund zu rücken, auf mancherlei Theoretisches, Psychopathologisches einzugehen. Die Frage nach der Wirkung der Beschäftigungstherapie ist eine Frage des Autismus — des Automatismus im *Gruhle*schen Sinne. Wir bekennen uns für unsere Zwecke für die Ansicht *Jaspers* (Psychopathologie), der in Störungen der Aktivität, Fehlen von Hemmungen, Auftreten »von zufälligen Assoziationsverbindungen und Zurücktretung der beherrschenden Zielvorstellungen« wichtige Momente der schizophrenen Wesensveränderung sieht. Mit Aufgabe der psychischen Steuerung tritt, um ein physikalisches Bild zu gebrauchen, eine seelische Entropie ein. Die »aktuelle Persönlichkeit« verschwindet, der »Charakter« entgleitet dem sich auflösenden Ich. Wir stehen vor einem Zusammenbruch der sozialen schöpferischen Kräfte des Individuums, vor einer Anarchie des Ichs. Seltsame Bizarritäten des Ausdrucks, Erregungen ohne bestimmte Direktion und ohne deutlichen begleitenden Affekt, Ambivalenz, Negativismus, Sperrung, Stupor regieren nun den schizoprenen Menschen; er erscheint vor allem durch seine schwere Asozialität dem Normalen defekt. Hemmen und Enthemmen, Fixieren und Zielsetzen werden hier also die ersten therapeutischen Maßnahmen sein.

Rein technisch gestaltet sich der Weg der Beschäftigungstherapie so, daß man von der Fiktion ausgeht, jeder Schizophrene sei imstande, Arbeit in unserem Sinne zu leisten. Wir treten an ihn zunächst mit der Forderung auf Beschäftigung heran, als ob er gar nicht krank sei. Durch diese sehr wichtige Haltung des Therapeuten werden dem Kranken gegenüber psychotische Inhalte anscheinend übersehen — noch einen Schritt weiter und der Kranke wird zum Dissimulieren gebracht.

Sollte ein Kranker aus irgendeinem Grunde — meist ist er von Psychopathen oder Hysterikern aufgehetzt — gegen eine Beschäftigung protestieren, so werden ihm natürlich die Wesenszüge unserer Behandlungsweise erklärt. Nach wenigen Tagen beginnen dann die Patienten, die erst die Arbeit unter Begründung ihrer Krankheit oder großen Schwäche ablehnten, zumeist von selbst sich mit zu beschäftigen.

Von den Wirkungsmechanismen der Arbeit hat zu Beginn der Beschäftigungstherapie die Unterordnung des Individuums unter den Arbeitsrhythmus die Präponderanz. Erst, wenn es gelungen gelungen ist, die eigenwillige, verschrobene Motorik der Schizo-

phrenen auszugleichen, sie durch einen mächtigen exogenen Rhythmus zu überprägen, erst, wenn der Kranke nicht mehr zerfahren und direktionslos bald dies, bald jenes beginnen und liegen läßt, sondern sich einer eigengesetzlichen Arbeitsbewegung unterzieht, erst dann ist die Möglichkeit bei vielen Schizophrenen, besonders bei denen katatoner Form, gegeben, sie wahrhaft zu fixieren und zu steuern. Wer einmal beobachtet hat, wie z. B. ein gebundener, starrer Kranker, der motorisch antriebslos, jenes kaum zu definierende, nuancierte Spiel von Antrieb und Hemmung, Zuwendung und Reaktionsbereitschaft vermissen läßt, allmählich im Webstuhl unter dem strengen Takt der Webarbeit rhythmisiert wird, der sieht zu gleicher Zeit, daß mit der Regulierung von planmäßigen Bewegungsfolgen plötzlich auch die Aufmerksamkeit des Kranken für seine Webarbeit erwacht. Der Kranke wendet seine Aufmerksamkeit dem Weberschiffchen zu, kontrolliert den Ablauf des Fadens, gewinnt Kontakt mit dem Material, mit dem er schafft, und zeigt am Ende mit berechtigtem Stolz auf seiner Hände Werk. Andere erregte, motorisch unruhige Schizophrene werden umgekehrt durch den Rhythmus der Arbeit deutlich ruhiger. Eine wild grimassierende, gestikulierende Kranke vor den Waschtrog gestellt, muß, um zu waschen, ihre Motorik in eine bestimmte Bewegungsfolge dirigieren, also regulieren. Es ist zumeist eine Frage des arbeitgebenden Personals einschließlich der Ärzte, ob nun, nachdem der Eigenrhythmus der Kranken normisiert ist, Bedingungen geschaffen werden, die diesen Zustand stabilisieren und weiter ausbauen.

Der neu aufgenommene Schizophrene kommt also in ein Milieu, wo sich alles, Wachpersonal und Kranke, beschäftigt. Es kommt viel darauf an, daß er das emsige Arbeiten um sich genau so selbstverständlich hinnimmt, wie die Arbeit außerhalb der Mauern des Irrenhauses. Schon von der ersten Stunde ab wird der Versuch gemacht, ihn zu beschäftigen. Er wird nach seinen Neigungen, seinem Geschick für verschiedene Arbeiten (vor allem bei weiblichen Kranken Handarbeiten) befragt. Die Beschäftigungsmöglichkeiten werden mit ihm besprochen, in suggestiver Weise wird ihm das Arbeitsmaterial vorgelegt. Auf gesperrte, mutacistische, gespannte Kranke, die voller Abwendung sind und die keinen Beschäftigungstrieb zeigen, hat der »Genius loci« oft eine erstaunliche Wirkung. Wenn man sie nicht sich selbst überläßt, sondern ihnen unermüdlich das Arbeitsmaterial immer wieder hinlegt, ihnen geduldig täglich ihre Arbeitsmöglichkeit auseinandersetzt, sie in Kolonnen einspannt, in besondere Arbeitsräume hineinsetzt, sie neben besonders fleißige andere Kranke plaziert, werden sie allmählich — zunächst oft ganz nebenbei — zu einer Beschäftigung kommen, die dann weiter ausgebaut werden

kann. Sollte der Kranke im Affektsturm, starker Erregung oder motorischer Unruhe zur Aufnahme kommen, so ist nach Möglichkeit trotzdem ein Versuch mit Beschäftigung — und zwar möglichst motorisch-ableitend — zu machen. Gelingt es nicht, den Kranken durch Arbeit zu fixieren, so sind hier natürlich pharmakologische Hilfsmittel am Platz. Bei motorischer Unruhe haben sich geringe Hyoscingaben, 10 bis 15 Tropfen der offizinellen Lösung pro die, bewährt. Durch diese geringen Gaben wird die Erregung zum Teil gebremst und der psychische Tonus herabgesetzt, so daß sich nun jetzt mit einigem Geschick ein Einfallstor für eine fixierende Beschäftigung finden läßt. Ähnlich verhält es sich auch mit den Stuporen, die übrigens, worauf *Nitsche* hinwies, in letzter Zeit im schizophrenen Bild selten geworden sind. Hier mögen zunächst Avertinnarkosen, die eine günstige Wirkung zur Durchbrechung des Stupors ausüben, oder eine Ätherisierung nach Claude versucht werden. Über das Faradisieren von Katatonen hat *Simon* eine eigene Arbeit angekündigt; uns fehlen in bezug auf die Beschäftigungstherapie hier die genügenden Erfahrungen.

Das wichtigste ist also zunächst einmal, den Kranken zu fixieren. Daß dies bei der Natur der Schizophrenie oft recht schwierig ist, liegt auf der Hand. Allein es ist anfangs schon viel gewonnen, wenn man einen beispielsweise zerfahrenen oder motorisch unruhigen Kranken zunächst ganz oberflächlich an irgendeine Betätigung bindet und dadurch ruhiger stellt. Ein direkter Rapport zwischen dem zu beschäftigenden Kranken und dem Therapeuten resp. Personal braucht anfangs gar nicht zu bestehen; ja es gibt Kranke, wie wir später an einem Beispiel zeigen werden, die wohl fleißig arbeiten und durch ihre Beschäftigung fixiert und ruhiggestellt sind, die aber trotzdem keinen Rapport zur Umwelt erlangt haben. Hier spielt die Regulierung der Motorik, die Unterdrückung z. B. von Manieren und Grimassieren durch den Rhythmus der Arbeit eine große Rolle. Eine Kranke, die allmählich dazu gebracht worden ist, regelmäßig und fleißig zu waschen, findet in dieser Beschäftigung gewissermaßen für ihre gesteigerte, abnorme Motorik ein Ventil, eine Ableitung. Die körperliche Ermüdung nach einer derartigen Beschäftigung tut dann auch das ihre.

Therapeutisch viel schwieriger als die Überwindung des Negativismus ist die des Autismus. Der Versuch, durch genossenschaftliches Arbeiten den autistischen Kranken zu sozialisieren, gelingt oft, aber nicht immer. Noch größere therapeutische Widerstände macht aber der schizophrene Wahn. Ein Kranker kann wohl durch intensive Beschäftigung vom Grübeln über seine psychotischen Inhalte abgelenkt werden, er kann durch dauernde Bindung der Aufmerksamkeit in gewisser Weise von lebhaften

Halluzinationen weggeleitet werden, der Wahn, das schizophrene Fremdheitsgefühl und ähnliches, werden durch Beschäftigung zunächst nicht beeinflußt. Die Beschäftigungstherapie kann dadurch, daß Beschäftigung ein funktioneller Vorgang des Seelenlebens ist, eben auch nur funktionell, formal wirken, schizophrene Inhalte können durch sie höchstens sekundär beeinflußt werden.

Wenn wir nun zu den einzelnen Typen der Schizophrenie kommen, so konnten wir, der *Berze*schen Einteilung in aktive Prozeßschizophrenien, inaktive Prozeßschizophrenien, reaktive Schizophrenien und komplizierte Schizophrenien folgend, bei den verschiedenen Teilgruppen verschiedene Wirkung der Beschäftigungstherapie beobachten.

Berze schreibt nun in seiner »Psychologie der Schizophrenie« über die Therapie der verschiedenen Schizophreniegruppen rein prinzipiell folgendes:

»Solange der organische Prozeß im Gange ist, wird sich die Therapie auf ihn richten müssen, ist also somatische Therapie, insbesondere wohl Organotherapie am Platze; sobald aber der organische Prozeß unter Hinterlassung bleibender Defekte abgelaufen ist, ist keine Möglichkeit mehr gegeben, der Psychose mit somatischer Therapie an den Leib zu rücken. Andererseits wird es keinen rechten Sinn haben, ausgesprochen aktive Prozeßschizophrenien, namentlich solche akuteren Charakters, mit Psychotherapie angehen zu wollen. Bei stärkerer Intensität der schizophrenen Grundstörung lassen sich wirkliche psychotherapeutische Erfolge überhaupt nicht erzielen; bei geringerer Intensität der Störung läßt sich ab und zu, wenn es sich um kompliziertere Schizophrenien handelt, wohl einiges im Sinne der Abtragung eines Teiles des sekundären Überbaues erreichen, geht der Erfolg aber in der Regel allmählich wieder verloren oder wird das mühsam Erreichte durch eine Exazerbation der Grundstörung rasch wieder zerstört, zuweilen geradezu plötzlich über den Haufen geworfen. Dagegen sind die reaktiven Schizophrenien bei leichteren Graden des zugrundeliegenden Defektes zum Teile nicht nur psychotherapeutischen Einwirkungen in beträchtlicherem Maße zugänglich, sondern durch sie auch in nachhaltigerer Weise beeinflußbar.«

Berze gibt also die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Einwirkung auf reaktive und komplizierte Schizophrenien hiermit zu. Daß das therapeutisch »mühsam Erreichte« eventuell eine Exazerbation der Grundstörung wieder zunichte machen kann, ist leider eine Erfahrungstatsache, kann aber den ernsthaften Psychotherapeuten ebensowenig von seiner Behandlung abschrecken, wie einen Internisten zum Beispiel das Auftreten von neuen Choliken bei Behandlung einer inoperablen Cholicystitis. Wie steht es nun mit den beiden anderen Teilgruppen der Schizophrenie, für die *Berze* eine Psychotherapie ablehnt? Auch hier ist die Beschäftigungstherapie angewandt worden und auch hier hat sie Einwirkungen gezeigt. Wenn *Berze* in dem »Selbstbeobachtungs-

zwang«, der »Hauptwurzel der schizophrenen Introversion«, ein wichtiges Symptom des prozessualen schizophrenen Vorganges sieht, der sekundär dann in Autismus erstarren kann, so werden neben dem oben geschilderten Bemühen, die Kranken im Prozeßstadium ruhig zu stellen, unsere psychotherapeutischen Tendenzen dahin verlaufen, den Kranken von diesem »Selbstbeobachtungszwang« nach Möglichkeit abzubringen, ihn nicht introvertieren zu lassen. Daß gerade das Extravertierende einer richtig geleiteten Beschäftigung hier voller Wirkung sein kann, hat die Erfahrung gelehrt; daß ein Erfolg nicht immer zu erreichen ist, liegt einmal in den stürmisch-organischen Erscheinungen eines Prozesses, das andere Mal in der großen Schwierigkeit, einen frisch aufgenommenen, also zum Teil zunächst noch unbekannten Kranken, seinem Charakter und Anlage gemäß zu beschäftigen. Ähnlich liegen die Verhältnisse auch bei dem Misoneismus (*Berze*), der Abwehrtendenz der Kranken gegen alles Neue im inaktiven Prozeßstadium. In diesem Stadium sie sich selbst zu überlassen, hieße die Kranken seelisch verkrüppeln zu lassen. Aber gerade hier hat man an den alten stumpfen, verblödet wirkenden Anstaltsfällen entscheidende Beeinflussungen durch die Arbeitstherapie gesehen. *Berze* weist nach *Storch* auf einen Fall *Schwab*s hin, bei dem »die Dämonen auftauchten, sobald die gespannte Aufmerksamkeit auf die sinnlich wahrnehmbaren Gegenstände der Umwelt im geringsten nachließ. Jedesmal, wenn die Zuwendung zur realen Außenwelt erlahmte, wenn dadurch sein Geist »in andere Regionen glitt«, stürzten aus diesem die Dämonen hervor«. Ein schönes Beispiel dafür, wie sehr es bei gewissen Stadien der Schizophrenie darauf ankommt, die Aufmerksamkeit dauernd zu binden. So müssen inaktiv gewordene Prozeßschizophrenien dauernd gesteuert, also beschäftigt werden. Eine Pause in der Arbeitstherapie würde dasselbe für diese Kranken bedeuten wie der Entzug des Insulins für den Diabetiker.

Gerade aber in diesem »Defektstadium« bilden sich aber nun leicht jene Reaktionsformen auf die Umwelt aus, deren Extrem darin liegt, daß, nach einem Terminus technicus der Anstaltssprache, der Kranke vertiert. Hier tritt die erste Indikation der Beschäftigungstherapie, die Bekämpfung der Anstaltsartefakte, »Erziehung« (*Simon*) durch reguläre Arbeit in ihr Recht.

Der äußere Verlauf der Psychose ist nun im Gegensatz zu den meisten aktiven Prozeßstadien, die entweder stürmisch oder auch oft unauffällig verlaufen, nicht mehr allein rein schicksalsmäßig, er ist in weitem Maße von milieubildenden Faktoren abhängig. Durch die innere Haltung des Autismus, der funktionellen Eigenbezüglichkeit, die wir mehr oder minder ausgeprägt in den Defektstadien finden, neigen die Kranken einmal dazu, immer

mehr den Rapport zu der Wirklichkeit zu verlieren, das andere Mal, auf ihre Umwelt abnorm zu reagieren. Die durch den Lebensprozeß freiwerdenden psychischen Energien vermögen bei den nun gespannten, zerfahrenen, beunruhigten und getriebenen, oder stumpfen und erstarrten Defektschizophrenen nicht mehr normaliter abzufließen, sondern zeigen sich als rudimentäre Reaktionsformen (Stereotypien), Manieren, Automatismen, Inkontinenz der Impulse usw.). Die Schwierigkeiten der hier einsetzenden Psychotherapie liegen nun in diesem Stadium darin, daß diese Energien zum Abfluß gebracht werden müssen und dies in einer Art und Weise, daß der Kranke dabei nicht krankhafte Mechanismen zum Ausdruck bringen oder etwa seine Beschäftigung wahnhaft ausdeuten kann. Es ist also hier nach noch vorhandenen intakten Inseln der Psyche zu fahnden und von da aus mit dem therapeutischen Bau zu beginnen. Daß selbst anscheinend sehr stark defekte, autistische Kranke die Möglichkeit haben, bei gewissen Situationen aus ihrer pathologischen Starre herauszutreten, ist zu bekannt, als das es hier erörtert zu werden brauchte. Es sei nur daran erinnert, daß z. B. eine Ortsveränderung eine geradezu erstaunliche Lösung des Autismus vorübergehend bewirken kann. Die alten Autoren, insbesondere *Reil*, zeigen uns, mit welchem Raffinement man früher den Einfluß der Milieuveränderungen nutzbar machte; ja man zögerte ganz in diesem Sinne nicht, selbst schreckhafte therapeutische Versuche zu unternehmen, wie es *Reil* in seinen »Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen« pittoresk zu schildern weiß.

Ein wichtiges Moment, den Autismus zu lockern, bieten nun diese inaktiven Prozeßschizophrenen, die noch über eine relativ elastische Affektibilität verfügen. *Müller* hat in seinen »Heilungsmechanismen der Schizophrenie« an Hand mehrerer interessanter Krankengeschichten gezeigt, in welchem Maße eine affektive Bindung die innere und äußere Haltung eines Schizophrenen zu beeinflussen imstande ist. So ergebnisreich die Anknüpfung an die Affektibilität der Schizophrenen und ihr weiterer Ausbau ist, ebensowenig ist sie leider bei der Mehrzahl der inaktiven Prozeßschizophrenien, vor allem den alten langjährigen Anstaltsfällen, a priori möglich. Sie erscheint uns allerdings bei rasch verlaufenden reaktiven Schizophrenien als Methode der Wahl für die Intervalle im Sinne einer psychischen Hygiene sehr wertvoll zu sein. Andererseits erscheinen aber die affektiven Bindungen zu anderen Menschen, zumal zum Arzt, gerade beim Schizophrenen schicksalsmäßig so schwankend zu sein, daß mit eventuellen späteren heftigen Abwehrreaktionen stets zu rechnen ist. Immerhin ist nicht zu verkennen, daß eine affektive Bindung an den Therapeuten zur erfolgreichen Durchführung der Beschäftigungstherapie — erfolgt

sie nun a priori oder a posteriori — gute Dienste zu leisten vermag. Es ist freilich zu betonen, daß durch eine affektive Bindung an den Arzt oder an das Personal die Wirkungsmechanismen der Beschäftigungstherapie ein wichtiges, akzidentelles Moment erhalten. Gibt es doch viele Schizophrene, die zunächst dem Therapeuten »zu Liebe« arbeiten und in ihrer Arbeitsleistung nachlassen, wenn sie glauben, daß diese »Bindung« nur einseitig sei. Hier ist ein zunächst behutsames Eingehen, später allerdings auch ein allmähliches Lösen von seiten des Arztes, tiefschürfendes Instruieren und dauernde Kontrolle des Arbeit gebenden Personals erforderlich.

Wesentlich wertvoller erscheint uns die freudige Bejahung einer Beschäftigung von seiten der Kranken. Komplizierte persönliche Bindungen, die oft rein praktisch für den Therapeuten nicht tragbar sind, fallen hier weg. Dagegen ist andererseits die Möglichkeit gegeben, den Kranken weitgehend zu sozialisieren, indem man versucht, ihn an genossenschaftlichen Arbeiten teilnehmen zu lassen.

Es ist für den Verlauf der Psychose wichtig, daß die Beschäftigungstherapie schnell und mit einer adäquaten Arbeit den neuaufgenommenen Schizophrenen erfaßt. Es ist wesentlich, daß die Arbeit von dem Kranken als etwas notwendig in der Anstalt Bestehendes akzeptiert wird. Das »Leben« soll vom Moment der Unterbringung in einer Irrenanstalt an für ihn nicht still stehen, es fließt vielmehr unter den veränderten äußeren Bedingungen weiter. Es existiert hier kein besinnlicher Stillstand, der zum eigenbezüglichen Grübeln Veranlassung gibt: der Kranke nimmt die draußen unterbrochene Tätigkeit intra muros wieder auf. Es gibt keine »Narrenfreiheit«, und das von manchen Hebephrenen anfangs gern vorgebrachte Aperçu: »ich bin doch im Irrenhaus, da kann ich machen, was ich will« wird durch den suggestiven »Genius loci« einer gut disziplinierten Anstalt schon von vornherein erstickt.

Natürlich wird es immer Kranke geben, die, abgesehen von ihrer pathologischen Funktionsuntüchtigkeit, auch sonst keinen rechten Beschäftigungstrieb besitzen. Allein gerade diese Typen sind durch ein geschicktes System von Belohnung und Lob für gut geleistete Arbeit oft recht empfänglich. Kleine Vorteile, die sie durch Kostzulagen und freiere Bewegungsmöglichkeit etwa erhalten, lassen oft diese erst ablehnenden Kranken zu tüchtigen Arbeitern werden.

Schließlich gibt es Kranke, die gar keine eigentliche Stellungnahme zur Arbeit zeigen, die arbeiten, weil es von ihnen verlangt wird. Hierher gehören besonders die alten Anstaltsfälle, die, jahrelang im Bett, Dauerbad und Zelle gehalten, oft jegliches Interesse für ihre Umgebung verloren haben und bei denen schon viel er-

reicht ist, wenn man sie durch primitivste Beschäftigung gewissermaßen »dressiert«.

Wie ist nun die Wirkung der Beschäftigungstherapie auf die verschiedenartigen schizophrenen Verlaufstypen?

Als erstes ist zumeist eine deutliche äußere Beruhigung der Kranken zu beobachten. Diese Beruhigung kann zunächst temporär sein, sich nur auf die Zeit der eigentlichen Beschäftigung erstrecken und in den kritischen Momenten des Anstaltsbetriebes: wie Aufstehen des Morgens, Mittagessen, Zu-Bett-Gehen abends durch Unruhe und Erregungszustände durchbrochen sein. Die Beruhigung, die sonst ganz generell bei allen Stadien des schizophrenen Prozesses bei rascher Erfassung der Kranken durch eine Beschäftigung beobachtet wird, ist allerdings bei amentia-ähnlicher Verwirrtheit und jenen toxisch aussehenden Verlaufsformen der Schizophrenie nur schwer durch die Beschäftigungstherapie allein zu erreichen. Daß hier Narkotika zur Unterstützung unserer Therapie am Platze sind, wurde weiter oben schon einmal angedeutet. Andererseits wird aber auch bei diesen Kranken eine Beschäftigung zur Ruhigstellung und Fixierung immer wieder versucht werden, wie dies ja dem »heroischen Pathos« der Beschäftigungstherapie entspricht.

Wenn man natürlich nach wie vor der Narkotika vor allem nachts nicht entraten kann, so werden diese doch durch die Arbeitsbehandlung der Kranken recht eingeschränkt. Langdauernde Isolierungen haben wir bei Schizophrenen, die beschäftigt wurden, überhaupt nicht vorzunehmen brauchen. Man würde diese Maßnahme, die den Schizophrenen vom Rapport zu seiner Umwelt, von deren emsigem, sozialen Geschehen radikal abschneidet, in einer Anstalt, welche die Arbeitstherapie pflegt, stets als eine starke Noxe empfinden.

Ist eine Ruhigstellung erreicht, so wird das nächste Bemühen dahin gehen, dieses Zustand zu stabilisieren. Dies geschieht am besten durch eine Zielsetzung jenseits des Pathologischen im Kranken. Natürlich sind nicht alle Schizophrenen mit einer zielstrebigen Orientierung zu erfassen. Bei jenen muß es genügen, sie grober krankhafter Ausdrucksformen, die die Atmosphäre eines Irrenhauses so irritierend machen können, zu entkleiden. Es ist ferner nicht zu vergessen, daß manche Kranke die Neigung haben, ihrer Umgebung gegenüber demonstrativ mit bizarren Absonderlichkeiten, theatralischen Erregungszuständen und grotesken Wahngebilden gewissermaßen zu paradieren. Wie diesen für die anderen Kranken recht wenig günstigen und störenden Ausbrüchen im Sinne der aktiveren Therapie zu begegnen ist, haben u. a. *Simon* und *Nitsche* gezeigt. Im Sinne der Arbeitstherapie liegt es, derartiges dem Kranken gegenüber einfach nicht zu beachten, sondern

immer wieder nach seinen Leistungen und den inneren Schwierigkeiten, die er etwa bei der Bewältigung einer Arbeit empfindet, zu fragen.

So nosologisch wichtig und psychopathologisch wertvoll die dauernde Exploration im Verlauf einer Psychose sein mag, so müssen wir sie doch bei Patienten, die mit der Beschäftigungstherapie behandelt werden, auf ein Mindestmaß beschränken. Stete unauffällige Beobachtung des Kranken muß tägliche Explorationen ersetzen. Andererseits ist aber gerade die Inangriffnahme der Arbeit und die Leistung ein gutes Barometer für den seelischen Zustand des Patienten. Der Kranke wird dazu erzogen, alles Pathologische nach Möglichkeit von sich wegzudrängen, sich in Motorik und Diktion wie ein Gesunder zu gebärden. Nicht selten kommt es im Verlauf der Behandlung so weit, daß ein Kranker sichtlich zögernd und ungern von seinen pathologischen Inhalten spricht.

Wenn in dem folgenden an Hand einiger Krankengeschichten die metamorphisierende Wirkung der Beschäftigungstherapie auf das schizophrene Zustandsbild gezeigt werden soll, so ist sich der Verfasser durchaus darüber klar, daß das von ihm hier gebrachte Material sich rein typenmäßig um vieles vermehren und bereichern ließe. Ihm kam es vielmehr hier darauf an, Fälle, wie sie die Praxis täglich bringt, auszuwählen, ohne Rücksicht darauf, ob die Fälle besonders psycho-pathologisch interessant und im Erfolg der Beschäftigungstherapie Haupttreffer seien. Die folgenden neun Fälle sind weniger nach klinischen, als nach therapeutischen Momenten geordnet. Der Verfasser bedauert lebhaft, selbst keine Selbstschilderungen von Kranken bringen zu können. Dies wäre im Sinne der aktiveren Therapie nur dann möglich, wenn die Patienten im Zustand weitgehender Remission, in einer Zeit, da sie nicht mehr in der Anstalt untergebracht sind, spontan über ihre Erlebnisse und Erfahrungen mit der Beschäftigungstherapie Mitteilung machten. Ihm ist in der Literatur nur folgender Fall bekannt geworden:

Selbstschilderung der Kranken E. R. F. (A. Friedmann-Berlin-Buch: Beitrag zum inneren Erleben der Schizophrenie und zur seelischen Verarbeitung therapeutischer Bemühungen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Band 98, 1.—4. Heft 1932). »Sehr empfehlenswert finde ich die starken Anstrengungen in B., die Patienten durch Arbeit zu beschäftigen. Die letztere bringt von seinen verkehrten Vorstellungen ab und zeigt dem Patienten oder kann ihm wenigstens zeigen, daß er doch noch zu einer nützlichen Arbeit tauge. Mit Dankbarkeit sehe ich auf die Möglichkeit in B., wo ich ca. 8 Monate war, auf dem umliegenden Acker- und Gartenland mit einigen Gärtnern die verschiedensten Landarbeiten kennen zu lernen. Ein Patient hat mir bei gemeinsamem Distelausgraben mit seinem Optimismus auch gut getan.«

Die folgenden beiden ersten Fälle haben das gemeinsam, daß

sowohl Nr. 1 wie Nr. 2 im Verlauf ihrer Psychose ein großes Beschäftigungsbedürfnis zeigten:

Nr. 1. Emil L., geb. 1903, Handlungsgehilfe. Sensitiver Mensch von ausgesprochen schizothymer Konstitution, intellektuell auf überdurchschnittlichem Niveau. Im Juni 1932 Aufnahme in die Psychiatrische Klinik in D. Hier zeigte L. neben einer in klassischer Weise veränderten Grundstimmung einen festgeprägten Liebeswahn. Er halluzinierte lebhaft, war voller Beeinflussungsideen. Diagnose: Schizophrenie. Ref. sah Patienten im Juli 1932 in der obenerwähnten Klinik, in welcher keine Beschäftigungstherapie getrieben wird. Der Patient, der über eine gewisse Krankheitseinsicht verfügte und ein gutes Selbstbeobachtungsvermögen besitzt, klagte damals Ref. gegenüber vor allem über eine quälende Ich- und Denkstörung. »Es gibt keine Zukunft, keine Vergangenheit für mich. Ich lebe so dahin, jenseits des Glückes. Meine Gedanken kommen und gehen, ich kann sie nicht festhalten.« Er könne gar keinen Entschluß fassen. Er käme auch gar nicht mehr an die Gegenstände heran, er sehe jetzt alles wie durch einen Nebel, wie im Rausche. Wir müssen es uns leider hier versagen, auf den interessanten Wahn des Patienten einzugehen: wichtig für den Fall ist, daß Patient, um mit den obengeschilderten, ihn peinigenden Symptomen fertig zu werden, um Beschäftigung bat. Er begründete diesen Wunsch damit, daß er sich durch Arbeit vielleicht zu konzentrieren vermöchte und dadurch von dem quälenden Fremdheitsgefühl, das auf ihm der »Außenwelt« gegenüber laste, wegzukommen.

Nr. 2. Elly H., geb. 1903, Hausmädchen, landwirtschaftliche Arbeiterin. Erster Schub 1923, damals halluziniert, tiefe Versonnenheit, paranoische Einstellung gegen ihre Umgebung. In der Folgezeit war Patientin wortkarg, ruhig, sehr fleißig. 1928 und 1931 war sie abermals in Anstalten, 1928 wegen eines Erregungszustandes, 1931 wegen asozialen Verhaltens. Patientin äußerte damals verschwommene religiöse Wahnideen, wollte die Welt verbessern, durch Dienen die Sünden der anderen abbüßen. Seit 3. IX. 31 in der Landesanstalt S. Hier ist Patientin ausgesprochen autistisch, negativistisch, spricht kaum, weicht dem Arzt aus, abstinierte vorübergehend. Bei allem aber beschäftigt sich Patientin unermüdlich und fleißig. Aus Briefen und hastig vorgebrachten Äußerungen war zu entnehmen, daß Patientin, lebhaft von religiösen Wahnideen beeinflußt, ihre Arbeit im Sinne ihrer wahnhaften Inhalte ausübt, da sie »in Gott für die evangelische Christenheit dienen müsse«. Patientin wurde vom 28. V. bis 27. VI. 1932 eingebettet, jede Beschäftigungsmöglichkeit wurde ihr entzogen. Schon nach wenigen Tagen wurde sie daraufhin zunehmend mitteilsamer. Sie zeigte eine bessere Zuwendung, sprach viel von ihren religiösen Offenbarungen, war außerordentlich verschroben und maniriert im Ausdruck. Sie verlangte täglich nach Beschäftigung, war durch ihre Untätigkeit recht gequält, wurde schließlich immer gereizter, empfindlicher und anspruchsvoller. Als sie nach vier Wochen Bettruhe ihrer Hausarbeit wieder nachgehen konnte, wurde sie binnen kurzem wieder völlig autistisch, ablehnend, still, kontaktlos. Momentan gehört sie zu den fleißigsten Patientinnen der Abteilung. Sie weicht dem Arzt aus, ist abweisend, scheu, sucht jeder Exploration aus dem Wege zu gehen. Sie ist affektiv leer, gespannt, ganz in ihre religiösen Versündigungs- und Wahnideen versponnen. Es sei viel

in ihr »versündigt und verführt« worden. Welche Sünden dies seien, dies wüßten die »wahren Jünger und Jüngerinnen«. Sie müsse ihre Sünden durch viele Arbeit abbüßen. Deshalb wolle sie auch wieder nach Hause, um in der Fabrik arbeiten zu können. Hier in der Anstalt gebe es nicht genug Arbeit.

Fall Nr. 1 und Nr. 2 haben insofern etwas Gemeinsames, daß beide Male schizophrene Kranke einen ausgesprochenen Beschäftigungstrieb zeigen. Aber während Emil L. nach Arbeit verlangt, um, aus einer gewissen Krankheitseinsicht heraus, durch Selbststeuerung und Fixierung an einen normierten Arbeitsvorgang seine quälende Ichstörung zu überwinden, stürzt sich Elly H. in die Arbeit, um ihre pathologischen Ideen zu erfüllen. Ihr Beschäftigungstrieb läuft im Sinne ihrer schizophrenen Mechanismen. Es ergab sich bei ihr das paradoxe Bild, daß sie durch Untätigkeit in ihrer Zuwendung deutlich aufgelockert wurde, frei von den sie erfüllenden Wahnideen sprechen konnte und, im allgemeinen zugänglicher und mitteilsamer, auf ihre Umgebung lebhafter reagierte als vorher. Jetzt, nachdem Patientin wieder ihrer Arbeit nachgeht, ist sie wohl ruhiger und im allgemeinen sozialer als zur Zeit ihrer aufgezwungenen Untätigkeit, allein sie ist dabei schwer autistisch, kontaktlos, negativistisch geworden. Der allgemein sonst wohltätige, ablenkende, wirklichkeitsbindende Einfluß der Beschäftigungstherapie versagt also in diesem Falle: das Mittel wurde im Fall Elly H. zum Zweck. Wenn die Patientin trotzdem weiterbeschäftigt wird, so geschieht dies einmal darum, weil sie durch ihre Arbeit deutlich ruhiger und äußerlich geordneter ist, das andere Mal aber um der Integrität des »Genius loci« willen, zumal da ja rein praktisch ein therapeutischer Gewinn durch erzwungene Untätigkeit für die Patientin nicht zu erreichen ist.

Nr. 3. Helene G. geb. A., geb. 1901, Hausfrau. Von jeher still, zurückhaltend, mißtrauisch, sensitiv. Mit 23 Jahren verheiratet, Mann Schmied, hatte Differenzen mit der Verwandtschaft des Mannes. November 1931 Entfernung eines Ovars wegen Gravitas extra-uterina. Seitdem nach Angabe des Ehemannes leicht aufgeregt. Oktober 1932 wurde der Patientin ein Kind, das sie in Pflege genommen hatte, von dessen vagierenden Eltern abgeholt. Patientin regte sich darüber außerordentlich auf, glaubte, man werfe ihr vor, das Pflegekind nicht recht behandelt zu haben. In den folgenden Tagen traten heftige Erregungszustände und Halluzinationen auf. Patientin fühlte sich von ihrer Schwiegermutter behext, kam in das Krankenhaus in S., wo sie plötzlich eine Schwester angriff und zu würgen suchte. Am 28. X. 1932 Aufnahme in die Landesanstalt S. Hier war Patientin zunächst außerordentlich unruhig, gespannt, ängstlich-getrieben, inkohärent. Sie deutete die Vorgänge ihrer Umgebung wahnhaft auf sich beziehend um, zeigte Vergiftungsfurcht, halluzinierte, erhielt von Gott im Traum Befehle. Sie war äußerst mißtrauisch, schreckhaft, gequält, drängte an Fenster und Türen, war in dauernder motorischer Unruhe. In der Zuwendung war sie recht wechselnd, schwankte von ängstlichem Mißtrauen zu hilfeheischender

Ratlosigkeit. Ein Versuch, Patientin durch motorisch-ableitende Arbeit (Wasch-Arbeit) ruhigzustellen und zu fixieren, schlug zunächst fehl. Erst eine Verlegung auf eine andere Station, in der sie mit leichter Näharbeit beschäftigt wird, bringt etwas Beruhigung. Patientin bleibt nun am Tisch sitzen, ist durch die Arbeit deutlich fixiert und zeigt nur noch in arbeitsfreien Zeiten, vor allem aber zur Visite, in Gegenwart des Arztes ein unruhiges, getriebenes Wesen. Am 19. XI. 1932 wird sie nach dem ruhigen Haus verlegt. Sie läßt sich hier gut beschäftigen, ist sichtbar durch die Arbeit fixiert und gesteuert. Sie zeigt eine deutliche Bindung an den Arzt, die es rein technisch bedeutend erleichtert, Patientin ableitend zu beschäftigen. Patientin ist in der Zuwendung nun um vieles freier geworden, sie zeigt ein warmes Hilfebedürfnis. Ihre Wahnideen werden in dem Sinne korrigiert, daß sie gewissermaßen abstrakter werden. Es herrscht jetzt das Gefühl des Unheimlichen, Grauenhaften, das auf das Anstaltsmilieu projiziert wird. Vor allem eine kurzdauernde Isolierung, die Patientin kurz nach ihrer Einlieferung durchmachen mußte, wird ihr jetzt zum zwingenden, schreckhaften Erlebnis. Die veränderte Grundstimmung bleibt unberührt. Die Bindung an den Arzt erfährt eine typische Ausdeutung insofern, daß Patientin glaubt, andere Kranke beschuldigten sie sexueller Beziehungen zum Stationsarzt. Äußerlich ist Patientin aber ruhiger, motorisch geordneter. Wohl bleibt Patientin manchmal, durch plötzliche Hemmungen blockiert, in der Arbeit stecken, doch zeigt sie einen deutlichen Beschäftigungstrieb. Auch äußerte sie, daß sie, während sie sich beschäftige, weniger von der Angst gequält werde. Am 26. Nov. 1932 wurde Patientin gegen ärztlichen Rat entlassen. Diagnose: Schizophrenie (reaktive Schizophrenie? *Berze*).

Wichtig an diesem Falle ist, daß er die Möglichkeit weist, einer schweren akuten schizophrenen Erregung durch die Beschäftigungstherapie die Spitze abzubrechen. Er ist ferner dadurch bemerkenswert, daß er zeigt, wie bei veränderter Grundstimmung und steter Halluzinationsbereitschaft, die in der kurzen Zeit der Behandlung nicht verändert wurden, ein Schizophrener in seinem äußeren Gebahren sehr wohl verändert und sozialisiert werden kann, und drittens, daß die beruhigende, ableitende Wirkung der Beschäftigung subjektiv von dem Kranken sehr wohl empfunden und als wohltuend aufgefaßt wird. Weiter ist der Fall Helene G. dadurch interessant, daß hier selbst bei einem akuten Schub, die Möglichkeit affektiver Bindung anzuknüpfen und im Sinne der Beschäftigungstherapie auszunützen, gegeben war. Daß die halluzinatorischen Erlebnisse ihrer unmittelbaren Gegenständlichkeit entkleidet wurden, ist oft bei beschäftigten Schizophrenen zu beobachten. Die schreckhafte Ausdeutung der kurzdauernden Isolierung bei Helene G. mahnt eindringlich, selbst schwer erregte schizophrene Kranke, die in ihrem ersten Schub ein besonders plastisches, zwanghaftes Umdeutungsvermögen besitzen, nach Möglichkeit nicht abzusondern: das heißt, nicht sich selbst zu überlassen und ihnen jede Möglichkeit des Kontaktes abzuschneiden.

Nr. 4. Alice K., geb. 1907. Eine Schwester der Patientin hat sich — angeblich wegen Schwermut — suizidiert. Sensitiver Mensch, sehr ehrgeizig, empfindlich. 1930 Chorea minor. Mai 1932 Geburt eines außerehelichen Kindes. Patientin war seit ca. dem siebenten Schwangerschaftsmonat bedrückt, zeitweise verwirrt, nach der Entbindung psychisch freier, war aber dauernd in nervenärztlicher Behandlung. Ende Januar 1933 sprach Patientin plötzlich nicht mehr, begann aber dann bei äußerster Unruhe zu schreien und zu johlen, daß sie am 30. Jan. 1933 in die Landesanstalt S. überführt werden mußte. Hier bot Pat. das Bild einer schwersten motorischen Erregung: Sie sprang und tanzte stampfend umher, versuchte den Arzt immer wieder zu umarmen, war gegen die Schwestern gewalttätig; dabei sang, schrie, pfiff Pat. auf's lauteste durcheinander, war in keiner Hinsicht zu fixieren. Auch am nächsten Tag war Patientin noch in einem klassischen Bewegungssturm, sie grimassierte und gestikulierte lebhaft, war in der Sprechweise voller Bizarritäten, redete von sich in der dritten Person, prägte Neologismen. Halluzinationen und Beinträchtigungsideen wurden spontan geäußert. Kontakt zur Umwelt fehlte, wenngleich eine theatralische Nuance im Gebahren der Kranken bei Gegenwart des Arztes nicht zu verkennen war. Patientin wird in diesem Zustand vor den Waschtrog gestellt. Während zunächst nun Patientin nicht zum Waschen zu bringen ist, gelingt es der Schwester doch allmählich, indem sie immer wieder der Kranken die Arbeit vorlegt und ihr leicht die Hände führt, die Kranke zur Beschäftigung zu bringen. Patientin ordnet sich nun den Bewegungsfolgen der Wascharbeit unter und ist, wenn ihr auch die Arbeit immer wieder präsentiert werden muß, doch leidlich fixiert und bedeutend ruhiger. In der arbeitsfreien Mittagszeit verfällt Patientin wieder ihrer hochgradigen motorischen Unruhe, läßt sich aber am Nachmittag wieder beschäftigen und ist durch die Arbeit einigermaßen ruhiggestellt. Am 1. II. 1933 plötzlicher Exitus letalis an schwerer Aortenstenose.

Auch hier zeigt sich in überraschendster Weise, daß selbst Kranke, die in schwerster motorischer Unruhe sind, durch ableitende Beschäftigung bis zu einem hohen Grade zu steuern und ruhig zu stellen sind.

Nr. 5. Elsa R., geb. 1916. In der Schule gut gelernt. War stets lebenslustig, gesellig, spielerisch, leicht gerührt. Ende Mai 1932 trat — zur Zeit der ersten Menstruation — eine Wesensveränderung bei Patientin auf: Sie wurde dysphorisch, unruhig, verwirrt, konnte nicht mehr mit ihrer Arbeit als landwirtschaftliche Gehilfin fertig werden. Am 3. Juni 1932 Aufnahme in die Landesanstalt S. Hier zeigte Pat. zunächst ein typisch inkohärentes Gebahren, war bald mißtrauisch, ratlos, bald ekstatisch, gespannt. Im ganzen war sie recht sprunghaft, getrieben, hatte verschwommene Wahnideen, glaubte, sie solle von ihren Mitpatientinnen, dem Arzt umgebracht werden. Sie war zeitweise schwer autistisch, neigte zu unberechenbaren Ausbrüchen mit Gewalttätigkeiten. Patientin wurde im Waschhaus und mit Näharbeit beschäftigt. Es machte zunächst Mühe, Pat. an ihren Arbeitsplatz zu fixieren, auch zeigte sie anfänglich keinen rechten Beschäftigungstrieb. Ende Juni 1932 beschäftigt sich aber Pat. fleißig, ist ruhig, freundlich, hat Kontakt zur Umwelt, kann in das ruhige Haus verlegt werden. Aber sie muß in der Folgezeit immer wieder ge-

steuert werden, was bei Patientin, die in kindlicher Weise wie etwa ein Schulmädchen die Arbeit hinnimmt, ohne viel Schwierigkeiten gelingt. Sie äußert nach wie vor vage Beängstigungsgefühle, zeigt im ganzen eine Impulsarmut, bleibt in ihren Handarbeiten oft stecken, nimmt sie aber bereitwillig wieder auf, wenn sie zur Arbeit ermuntert wird. Am 21. Juli äußert sie spontan, sie höre Stimmen, die ihr zuriefen, sie solle nur fleißig nähen. Pat. bleibt fernerhin leicht ratlos, zeitweise gehemmt, inhaltsarm, inaktiv. Sie wurde am 9. Januar 1932 als »gebessert« entlassen.

In dem Fall Elsa R. war also eine Durchbrechung der Aktivitätshypotrophie durch systematische Beschäftigung nicht zu erreichen. Ob bei einer so inhaltsarm verlaufenden Hebephrenie, wie sie Pat. durchmachte, die Sozialisierung allein auf Konto der Beschäftigungsbehandlung zu setzen ist, möchte bezweifelt werden. Es ist eher anzunehmen, daß der Prozeß zum Stillstand kam, ehe er foudroyantere Symptome setzen konnte. Der Wert der Arbeitstherapie als ein Prophylaktikum gegen die asozialisierende Wirkung der veränderten Grundstimmung und die nun einmal leider unvermeidbaren Schädigungen durch das Anstaltsmilieu waren hier zweifellos wichtiger als die eigentliche therapeutische Wirkung. Interessant war übrigens das dauernde Schwanken in der Arbeitsfähigkeit der Kranken, das darlegte, welch feiner Maßstab die Beschäftigungstherapie für alle funktionellen psychischen Störungen ist.

Nr. 6. Charlotta Gr., geb. 29. 12. 1898, mosaisch. Objektive Angaben über die präpsychotische Persönlichkeit der Patientin fehlen. Nach eigener Schilderung sei sie von jeher weich, verträumt, empfindsam, dabei ehrgeizig und stolz gewesen. Sie habe in der Schule gut gelernt, sei geistig rege und vielseitig interessiert gewesen. Einen eigentlichen Beruf hatte Patientin nicht, sie ließ sich vielmehr von Männern aushalten. Nach ihren eigenen Angaben traten um 1928 Angstzustände und Stimmenhören auf. Auch fühlte sich Pat. seitdem von fremden Menschen verfolgt, bemerkte Belästigungen, bekam viel mit der Polizei zu tun. Im März 1932 floh Patientin, um ihren Verfolgern zu entgehen, von Prag nach D. in Deutschland, wo sie völlig mittellos aufgegriffen und in die dortige psychiatrische Klinik eingewiesen wurde. Hier litt sie unter einer massiven Halluzinose, hatte mannigfaltige und dauernde körperliche Beeinflussungsgefühle, war schwer gequält und ängstlich, zeitweise ablehnend, dann aber auch freundlich und natürlich in der Zuwendung. Im ganzen war sie formal recht gewandt, intellektuell über dem Durchschnitt stehend, voller wahnhafter Erklärungen ihres Zustandes und recht aktiv im Entwickeln von Plänen, sich gegen ihre Verfolger zu wehren. Am 18. Mai 1932 wurde Patientin der Landesanstalt S. mit der Diagnose Schizophrenie überwiesen. Hier zeigt sie sich bald distanzlos, aufdringlich, bald ablehnend, zurückhaltend. Ferner ist Patientin inkohärent, affektiv flach, kritiklos, ohne Krankheitseinsicht. Sie steht unter einer Wucht von quälenden halluzinatorischen Erlebnissen, wird von einer Teufelssekte verfolgt, durch den Rundfunk gequält, von ihren Verfolgern häßlich gemacht. Eine Beschäftigung stieß zunächst auf heftigen Widerstand bei der Pat. Sie hatte foudroyante

Visitenstürme, in denen sie gegen den Arzt tätlich wurde, schimpfte laut und widersetzte sich jedem Einfluß der aktiveren Therapie. Seit dem Herbst 1932 ist aber Pat., bei Fortbestehen ihrer wahnhaften Inhalte, einigermaßen stetig mit Näharbeit und im Waschhaus zu beschäftigen. Seit dieser Zeit sind auch die Visitenartefakte seltener geworden, auch ist Pat. seitdem im Äußeren deutlich ruhiger und geordneter.

Die Krankengeschichte der Charlotta Gr. zeigt so recht die Schwierigkeiten, deren man bei Anwendung der Beschäftigungstherapie nur zu oft ausgesetzt ist. War es bei der sozialen Stellung der Pat. einerseits schon fast unmöglich, eine adäquate Beschäftigung zu finden, so kam andererseits die außerordentlich plastische Eindringlichkeit der Halluzinationen und körperlichen Beeinflussungen als erschwerendes Moment hinzu, die Patientin durch Arbeit zu fixieren und zu steuern. Erst ganz allmählich und gleichsam unbemerkt von der Patientin war es möglich, sie zu einer Beschäftigung zu bringen. Erst ganz langsam wirkte sich auf die Patientin, die zu stürmischen Reaktionen auf das sie umgebende Milieu neigt, der Genius loci, die beschäftigungs-gesättigte Atmosphäre aus; erst mit der Zeit vermochte sich Patientin einer Umgebung anzupassen, die stärker war als sie. Daß bei einer solchen Situation von einem Beschäftigungstrieb oder gar Arbeitsfreudigkeit nicht gesprochen werden kann, ist ebenso einleuchtend wie die Tatsache, daß durch die innerliche Teilnahmlosigkeit an der Beschäftigung die psychotische Struktur nicht entscheidend verändert werden kann. Andererseits ist aber nicht zu verkennen, daß die Patientin selbst bei der wenig tiefgreifenden Art ihrer Beschäftigung rein äußerlich einigermaßen diszipliniert worden ist. Pat. sitzt jetzt meist ruhig am Tisch, beschäftigt sich still, wenn auch lustlos, zeigt nur noch selten inkohärente Erregungen, die meist auf die Visite beschränkt sind, braucht seit Monaten keine Beruhigungsmittel mehr. Es ist ferner bei diesem Fall typisch, daß Patientin sogleich in einen Erregungszustand kommt, wenn ihr die Möglichkeit gegeben wird, sich über ihre Wahnideen auszusprechen.

Nr. 7. Johanna H. geb. Cl., geb. 1906. Von jeher ungesellig, wortkarg, still, sprunghaft in ihren Launen, seltsam in ihren Reaktionen. Mit 20 Jahren Heirat. Mann ist Eisendreher. August 1931 lief sie dem Ehemann nach vorhergegangenen Differenzen davon, reichte Scheidung ein, die sie später zurückzog. Sie wurde gehemmt, inaktiv, ließ den Kopf hängen, sprach wirr durcheinander. Deshalb am 21. III. 1932 Aufnahme in die psychiatrische Klinik in D. Hier war sie zunächst hochgradig erregt, schrie und jammerte laut, war gewalttätig, suchte sich selbst zu beschädigen. Sie war ferner außerordentlich zerfahren, nicht zu fixieren, verbigerierte, war unzugänglich, ratlos, ängstlich, halluzinierte heftig. In der Klinik in D. wird zurzeit die Beschäftigungstherapie noch nicht, wohl aber die Bettbehandlung geübt. Patientin wurde nun in den folgenden Wochen zunehmend starrer, lag still und stets in gleicher Haltung zu Bett, reagierte

kaum. In diesem stuporösen Zustand wurde Pat. am 31. Mai 1932 nach der Landesanstalt S. verlegt. Es wurde zunächst versucht, Patientin im Waschhaus zu beschäftigen, ein Versuch, der bei dem hochgradigen stuporösen Zustande der Pat. recht erschwert wurde. Pat. wurde nun die folgenden Wochen ruhelos, triebhaft drängend, masturbierte exzessiv, sprach aber nicht, war völlig autistisch, starr und gebunden in ihrer Pantomimik, hatte zeitweise Speichelfluß. Sie zeigte zunächst keinen Beschäftigungstrieb, war nur langsam und allmählich mit Arbeit zu erfassen. Mitte Juli wäscht Pat. fleißig und ist zur Arbeitszeit sichtbar geordneter. Eine deutliche Besserung tritt aber erst im Oktober 1932 bei Patientin ein. Pat., die sich nun sehr fleißig und in der Ausführung ihrer Arbeit gewissenhaft beschäftigt, ist jetzt rein äußerlich ruhig und geordnet. Sie zeigt noch keine Zuwendung, wirkt im allgemeinen ängstlich und scheu, ist in Mimik und Gestikulation recht gebunden. Auch in der Folgezeit beschäftigt sich Pat. fleißig — sei es mit Wasch-, sei es mit Näharbeit. Sie wird nun auch in der Zuwendung und Pantomimik etwas freier, nimmt Anteil an den Vorgängen ihrer Umgebung, allerdings bleibt sie dauernd fast mutacistisch, wenngleich sich Pat. von den anderen Kranken nicht mehr wie früher absondert. Ihre ganze Aufmerksamkeit konzentriert sich sichtlich auf ihre Handarbeiten, die sie mit großem Fleiß und deutlichem Interesse verfertigt. Besonders bemerkenswert ist bei Pat. der Wechsel der Mimik, der von angespannter Konzentration bei der Beschäftigung zur traumhaften Versonnenheit in der Zeit der Untätigkeit hinüberwechselt. Am 21. Januar 1933 gebessert entlassen.

Nr. 8. Elsa H., geb. 17. II. 1905, Dienstmädchen. In der Schule gut gelernt, in den Entwicklungsjahren unauffällig. Im allgemeinen wenig mitteilsam, religiös, leicht verstimmbar, dabei aber außerordentlich tüchtig und fleißig in ihrem Beruf. Im März 1932 machte Patientin eine Grippe durch, wobei eine Gastro-Nephro-Entereptose festgestellt wurde, die Patientin arbeitsunfähig machte. Sie neigte damals zu depressiven Verstimmungen. August 1932 Herpes zoster, woran sich mannigfaltige hypochondrische Beschwerden anschlossen, so daß Patient ambulant psychotherapiert wurde. Seit Mitte Oktober 1932 Suizidideen. Patientin wurde zunehmend zerfahren, äußerte paranoide Wahnideen, halluzinierte, wurde sehr erregbar, nahm unsinnige Handlungen vor. Sie kam deshalb am 25. Januar 1932 in die Landesanstalt S. zur Aufnahme. Hier war sie zunächst schwer zu fixieren, ängstlich, inkohärent, getrieben und gespannt. Sie zeigte einen ekstatischen Gesichtsausdruck, gestikulierte heftig, klagte über quälende hypnotische Beeinflussung, hatte eine ausgesprochene Berührungsfurcht. Sie wird am nächsten Tag zunehmend gespannter, mißtrauisch, unruhig, gereizt. Sie wird sofort mit Wascharbeit beschäftigt, die sie nach einigem Zögern auch recht ausübt. Es fällt dabei auf, daß ihre Bewegungen beim Waschen etwas ausgesprochen Mechanisches, Steifes haben. Pat. wird fernerhin mit leichter Gartenarbeit beschäftigt, was unschwer gelingt. Während der Arbeitsstunden ist Patientin relativ gut an ihre Beschäftigung fixiert, ruhig und geordnet. In der arbeitsfreien Zeit aber wurde Pat. sogleich wieder unruhig, getrieben, gespannt, hat die schwersten inkohärenten Erregungszustände, so daß sie, vor allem nachts, Beruhigungsmittel erhalten muß. Anfang November bricht bei Pat. eine generalisierte Furunkulose aus mit Temperaturen über 39°. Sie bietet nun

das Bild einer schweren Amentia mit hochgradiger Bewegungsunruhe, wobei allerdings kurzdauernde Intervalla lucida beobachtet werden. Patientin, die nun wegen ihrer schweren Furunkulose zu Bett gehalten werden muß, erhält in der Folgezeit dauernd Beruhigungsmittel. Anfang Dezember 1932 ist die Furunkulose nun so weit abgeklungen, daß Pat. aus dem Bett aufstehen kann. Patientin ist jetzt ruhiger, negativistisch, läppisch, zerfahren. Sie ist amimisch, spricht spontan nur wenig, antwortet auf Fragen ausweichend oder nur in Monosyllaben. Sie schmiert mit dem Essen, näßt ein, ist zeitweise gereizt und klagsam. Für die vergangenen Wochen besteht Amnesie. Es wird abermals der Versuch gemacht, Patientin zu beschäftigen. Allein jetzt ist Pat. bedeutend schwerer an geordnete Arbeit zu fixieren. Sie wirft ihr Strickzeug immer wieder mit dem Ausdruck der Langeweile von sich, fügt sich nicht den Weisungen des Personals, starrt, das Arbeitszeug in den Händen, vor sich hin. Erst nach einer Woche (8. Dezember) beginnt Pat. geordneter zu arbeiten: sie betätigt sich fleißig im Waschhaus, zeigt Interesse an der Arbeit, ist durch diese motorisch deutlich abgelenkt. In arbeitsfreien Pausen allerdings fällt sie in ein infantilistisch-läppisches Wesen zurück, ist motorisch undiszipliniert, haltungslos. In den folgenden Wochen ist Pat. leicht ratlos, mißtrauisch, ohne Kontakt zur Umwelt, affektiv flach, inhaltlich leer. Sie wird aber in ihrer Pantomimik deutlich freier, ist rein äußerlich ruhig und geordnet. Sie beschäftigt sich fleißig mit Handarbeiten, zeigt Interesse und Lust an der Arbeit, ist durch diese deutlich fixiert und beruhigt. Sie vermeidet es sichtlich, von ihrer Krankheit zu sprechen, drängt nach Hause. Da in diesem Falle eine Frühentlassung indiziert erschien, scheidet Pat. am 24. Dezember aus der Landesanstalt aus. Am 25. Januar 1933 teilt ein Verwandter der Pat., bei welchem diese zurzeit weilt, zur Katamnese mit, daß Frl. H. im allgemeinen unauffällig sei, Interesse für die Vorgänge des täglichen Lebens zeige und ruhig, geordnet und fleißig ihre Arbeit zu Haus verrichte.

Auch in diesem Falle gelang es, der akuten schizophrenen Erregung der Pat. durch die Beschäftigung die Spitze abzubrechen. Die schwere interkurrente somatische Erkrankung machte es leider unmöglich, die Pat. dauernd durch Beschäftigung zu steuern, allein es wurde nach Abklingen der Furunkulose bei völlig verändertem psychischen Zustandsbild sogleich wieder der Versuch gemacht, die Patientin durch Arbeit aus ihrer negativistischen, misonéistischen Haltung zu lösen. Wenn auch die rasche Besserung im Befinden der Pat. sicher nicht allein auf das Konto der Beschäftigungstherapie zu setzen war, so erschien andererseits aber die Pat. während der Arbeitszeit so deutlich gesteuert, ruhig und von ihren pathologischen Äußerungen weggezogen, daß der Beschäftigungstherapie hier der Wert eines funktionsregelnden Faktors nicht abgesprochen werden kann. Auch fand Pat., die sehr unter dem Anstaltsmilieu litt, vor ihrer Entlassung in ihrer Betätigung eine heilsame Ablenkung, der sie sich eifrig hingab und die sie durchaus als solche anerkannte.

Nr. 9. Fr. Margarete M. geb. O. (geb. 15. V. 1896). Vatersschwester und Schwester der Patientin suizidierten sich, Vatersmutter im Alter schwermütig. In der Schule hat Pat. schwer gelernt; nach der Schulzeit half sie mit in der elterlichen Landwirtschaft. 1919 Heirat, Mann hat eine gutsituierte Stellung in der Polizei. 1929 beobachtet der Ehemann erstmalig eine Wesensveränderung bei Pat., welche schlecht aß, wenig schlief, halluzinierte, sich sexueller Beziehungen zu ihrem Vater verdächtigt glaubte. Sie kam deshalb, zumal da auch quälende körperliche Beeinflussungsideen zum Zustand hinzutraten, Anfang Juni 1931 in die psychiatrische Klinik in D., wo sie nach acht Tagen gegen Revers bereits entlassen werden mußte. Sie war damals in Ausdruck und Auffassung verlangsamt, voller Selbstbeschuldigungen, quälender Halluzinationen, Veränderungsgefühle, dabei leer und ausdruckslos in der Mimik. Auch hatte sie heftige Erregungszustände, in die sie sich verzweiflungsvoll hineinsteigerte. Am 10. Aug. 1931 wurde Patientin, nachdem sie einen Suizidversuch unternommen und den Ehemann tätlich angegriffen hatte, abermals der psychiatrischen Klinik in D. zugeführt. Sie hatte nun schreckhafte Visionen, fühlte sich durch Reklamebilder und -texte, Lieder der Hofmusikanten usw. verfolgt, glaubte, sie solle gefoltert, hingerichtet werden. Sie war schwer erregt, zeigte dabei aber bei guter Zuwendung ein starkes Schutzbedürfnis, war aber auf Zuspruch überhaupt nicht zugänglich, sondern ganz eingenommen von ihren Wahnideen, die stark erotisch gefärbt sind. Unter der Diagnose Schizophrenie (akuter Schub) wird Patientin am 17. Okt. 1931 in die Landesanstalt S. überwiesen. Pat. bietet hier zunächst das gleiche Zustandsbild wie in D., wird aber bald ruhiger und geordneter, äußert keine Wahnideen mehr, ist aber ausgesprochen asozial: zanksüchtig, anmaßend, schwierig. Sie wird über Weihnachten 1931 nach Haus beurlaubt, wird aber nach wenigen Tagen wieder zurückgebracht Sie hatte zu Hause in paranoider Einstellung gegen den Ehemann heftige Erregungszustände gehabt und sich durch Klingelzeichen, elektrische Ströme usw. beeinflußt geglaubt.

In der Anstalt war sie nun gespannt, äußerst reizbar, autistisch, hemmungslos in gelegentlichen sturmartigen Erregungszuständen, paranoid dem Mann gegenüber eingestellt, ganz unbeeinflußbar. Sie wird mit Handarbeiten beschäftigt, ist aber durch die Beschäftigung wenig gesteuert, zeigt keine Anteilnahme an ihrer Arbeit. Bis April 1932 ist sie verstimmt, gereizt, ängstlich, ratlos, unzugänglich, schwierig. Sie neigt zu triebartigem, lautem Schimpfen und zu Gewalttätigkeiten. Ende April 1932 wird ihr zur Beschäftigung ein Handwebstuhl überlassen. Während sie die ersten Tage voller Bedenken und innerer Unsicherheit gegen diese neue Beschäftigung ist, wird sie nach kurzem durch diese Arbeit zunehmend gefesselt. Sie steht am Morgen zeitiger auf, um nur ja recht bald an ihren Webstuhl zu kommen, hat an dem bunten Webmaterial sichtlich Freude, wählt mit Geschmack und sichtlicher Lust die Webmuster aus. Sie ist auf Lob sehr zugänglich, zeigt eine gute Zuwendung, ist im allgemeinen ruhig, geordnet, freundlich und vermeidet, von ihren pathologischen Inhalten zu sprechen. In der Pantomimik ist sie viel freier geworden. Bei Besuchen des Mannes ist sie kalt, abweisend, äußert aber ihre paranoide Ideen nicht mehr wie früher in hemmungsloser Weise, obwohl sie an ihnen festhält. Das ganze Jahr 1932 webt nun Patientin

fleißig und mit viel Geschmack und innerer Anteilnahme. Sie ist jetzt im allgemeinen ruhig, freundlich, zeigt eine gute Zuwendung, wenn auch kurzdauernde Schwankungen, in denen Patientin vorübergehend läppisch-gereizt ist, auftreten; allein es gelingt jetzt unschwer, Patientin durch Darreichen neuen Webmaterials zu equibrilieren. Anfang 1933 bietet Pat. das gleiche Zustandsbild: die paranoiden Ideen bestehen weiterhin fort, werden aber nur bei Exploration oder Besuch des Mannes geäußert. Ab und zu treten Verstimmungszustände auf, die aber unschwer abgebremst werden können. Im ganzen ist Pat. sozialisiert, gut in der Zuwendung, freundlich, fleißig, geordnet, gut komponiert. Sie hat Kontakt zu anderen Kranken und eine deutliche Bindung an den Arzt. Sie webt weiterhin fleißig und mit sichtlichem Interesse und Geschmack.

Im Fall Margarete M. war es also therapeutisch von entscheidenster Wichtigkeit, eine der Patientin adäquate Arbeit zu finden. Während des ersten halben Jahres ihrer Unterbringung in der Landesanstalt S. wurde Pat. wohl beschäftigt, allein die Wirkung der Beschäftigung war gering, da die Patientin, die über eine noch relativ gute affektive Resonanz verfügt, ohne innere Anteilnahme arbeitete. Als dann in der Webarbeit eine der Patientin angemessene Beschäftigung gefunden wurde, änderte sich ihr Zustandsbild fast schlagartig. Fast ein Jahr lang ist nun diese schwer schizophrene Kranke gesteuert und — trotz des zweifellos fortschreitenden Prozesses — im ganzen sozialisiert.

Interessant ist bei diesem Fall der Einfluß der Beschäftigungsbehandlung auf die Wahnbildung der Patientin. Während sie früher entfesselt und hemmungslos ihren paranoiden Ideen nachging, das Personal und andere Kranke sexueller Beziehungen zu ihrem Ehemann beschuldigte, hat — seit ihrer Webarbeit — eine aktive Wahnbildung sistiert. Die Patientin hält bei gelegentlichen Besuchen ihres Mannes wohl an ihren paranoiden Ideen fest, zeigt aber im normalen Stationsbetrieb nur noch Andeutungen ihres schizophrenen Wahnes: sie hat also gewissermaßen eine doppelte seelische Buchführung erhalten. Auch bei anderen Kranken konnte eine derartige Entthronung der früher alles beherrschenden Wahnvorstellungen (»Isolierung des Wahns«, *Müller*) beobachtet werden.

Wenn als hauptsächliche Wirkungsfaktoren der Beschäftigungstherapie die Zielsetzung und Steuerung genannt wurden, so heißt dies nichts anderes, als daß durch sie wichtige Symptome der Schizophrenie, die als Ursachen des Verlustes der aktuellen Persönlichkeit gekennzeichnet sind, überwunden werden sollen. Wie ist es aber nun möglich, daß ein Schizophrener, der ja gerade seine aktuelle Persönlichkeit verloren hat, zu einer geregelten lebensverbundenen und -verbindenden Arbeit gelangt? Diese Frage rückt die Fragwürdigkeit des Wesens schizophrenen Irreseins plastisch vor Augen.

Klages nennt (Grundlagen der Charakterkunde) »Kontakt-

schwäche und schließlich Kontaktlosigkeit« »die unerläßliche Bedingung jeder Art von Irresein«. Er bezeichnet zunächst wohl in bezug auf die Schizophrenie, dann aber als »allgemeinste Tatbestandscharakteristik« »jedes Irresein« »die verhältnismäßige Abgeschnürtheit der Vitalität des Erkrankten vom Allgemeinleben der Welt«. »Nicht aus Bedingungen der geistigen Blickrichtung, nicht aus Spaltungen und Gespaltenheit, sondern einzig und allein aus der Isolation der Vitalität kann und muß das Irresein verstanden werden. Zur seelengesunden Vitalität gehört der lebendige Kontakt und Austausch mit dem Leben der Welt...« Je kontaktschwächer deshalb ein Schizophrener wird, desto eindringlicher ist die Aufgabe des Therapeuten, ihn zum »Austausch mit dem Leben der Welt« zu bringen; je abgeschnürter, isolierter der Kranke ist, um so eindringlicher, näher, wärmer muß ihm der Pulsschlag des Lebens teilhaftig gemacht werden. So ist im letzten eine psychotherapeutische Maßnahme gegen die Schizophrenie Frage der Umweltsgestaltung. Die Zeiten, da man glaubte, eine Psychose entwickle sich nach strenger Eigengesetzlichkeit, unabhängig von äußeren Umständen, sind vorüber. Erstaunliche Veränderung des Zustandsbildes Schizophrener in gefahrvollen Momenten, bei Ortswechsel, Theater- oder Kinoaufführungen, Erscheinen unbekannter Personen und ähnlichem, sind zu bekannt und alltäglich, als daß auf sie hier eingegangen zu werden brauchte. Eine hochgradig fortgeschrittene Kontaktschwäche läßt nur die Wirkung solcher Ereignisse oft zu ephemer werden. Um die Schizophrenie psychotherapeutisch beeinflussen zu können, ist also zweierlei notwendig: 1. daß der Kontaktschwund noch nicht hochgradig geworden ist, und 2. daß Bedingungen geschaffen werden, die es ermöglichen, den Kranken dauernd mit dem seelengesunden Leben in Kontakt zu setzen. — *Müller* hat in seinen »Heilungsmechanismen der Schizophrenie« den Weg gezeigt, wie durch Anknüpfung und Ausbau affektiver Beziehungen zur Umwelt eine schizophrene Persönlichkeit zur Verarbeitung und Verdrängung ihrer psychotischen Erlebnisse, zur »Isolierung« ihrer Wahnwelt gebracht werden kann. Die Beschäftigungstherapie erstrebt auf ähnlichen Wegen gleiches. So kompliziert ihre einzelnen Wirkungsfaktoren im einzelnen Falle auch sein mögen, als therapeutisches Mittel ist ihre Anwendung die denkbar einfachste.

Simon sieht den therapeutischen Effekt der Beschäftigungsbehandlung in einer Disziplinierung, »Erziehung« der Kranken, für die er den Rahmen der freieren, aktiveren Therapie geschaffen hat. Die Disziplinierung eines zerfahrenen, eigenwilligen, verschrobenen Schizophrenen ist zweifellos ungeheuer wichtig. Vom psychologischen Standpunkt aus gesehen, erscheint uns aber der Hauptwirkungsmechanismus der Beschäftigungstherapie darin zu liegen,

den Kranken durch geregelte Arbeit eng, fest und dauernd an die Welt lebendigen, seelengesunden Geschehens zu binden. Erst wenn dies gelingt, kann eine Erziehung im Sinne *Simons* wahrhaft fruchtbar sein. Die Geschichte der preußischen Armee zeigt, wie durch Disziplinierung, durch die äußerste, strengste Regelung des Ausdrucks nicht nur der äußere, sondern auch der »innere« Mensch verändert werden kann. So wird, indem die Beschäftigungstherapie die Kranken zu disziplinieren, zu steuern vermag, das psychologische Grundgesetz erfüllt: daß das »Äußere« und das »Innere« in dauernder Wechselbeziehung stehen und sich gegenseitig in hohem Grade zu beeinflussen vermögen.

Nicht zu vergessen ist allerdings aber noch eine andere, wenn auch indirekte Wirkungsweise der Beschäftigungstherapie: ihr Einfluß auf den Therapeuten. Jede Therapie ist Kampf, der die persönliche Anspannung und den vollen psychischen Einsatz des Arztes erfordert, wenn er wirken soll. Nichts ist zersetzender für Arzt wie Patienten als die lähmende Gewißheit des Mediziners einer Krankheit gegenüber: non possumus. Die Beschäftigungstherapie ist für den Psychiater ein Instrument des Wirkens für und mit dem Kranken, kraft dessen er aus seiner Rolle als kühlbeobachtender, aber unärztlicher Psychologe oder schlüsseltragender, warmherziger, aber ach so ergebnisloser Tröster heraustreten kann. Wieviel leichter ist es doch für einen Kranken, sich an einen tätigen Therapeuten zu binden, als an einen therapeutisch resignierten Irrenwächter. Gerade dem Personal fällt bei der Arbeitsbehandlung eine wichtige Rolle zu. *Nitsche* weist deshalb mit Recht darauf hin, daß es nottut, das Personal immer wieder zu belehren, zu kontrollieren und über die Wesenszüge der Beschäftigungstherapie aufzuklären. Den Gewinn werden davon die Kranken tragen.

»Eine Bestätigung unseres Handelns«, wie *Gaupp* in seiner oben zitierten Arbeit meint, finden wir schon in der »Psyche« von *Carus*. Dort heißt es: »Wie etwa ein Instrument durch einen unerfahrenen Spieler, der bald hier, bald da einen Ton greift, welcher unharmonisch zum andern klingt und die anderen Saiten unpassend erschüttert, leicht verstimmt wird, so kann auch ein ungeordnetes, hin- und herschweifendes Denken, indem es nachteilig auch auf das an sich unbewußte Hirnleben wirkt, Gelegenheit zum Wahnsinn geben; und da, wo schon Wahnsinn vorhanden ist, wird jedes Begünstigen irr umherschweifender Gefühle und Gedanken die Krankheit sicher allemal steigern. Eben deshalb muß nun also auch umgekehrt ein Anhalten des irren Geistes, insoweit er es irgend vermag, geordnet zu denken, wohltuend und heilend einwirken, und so wird demnach gewiß alles, was ein geregeltes Denken, Fühlen und Wollen der Irren fördert, als ein wesentliches

Moment zur Erleichterung der Heilung wirken, wenn es auch niemals an und für sich die Heilung zu bewirken vermag.«

Literatur.

1. *Berze:* Psychologie der Schizophrenie, Berlin 1929 (Verlag J. Springer).
2. *C. S. Carus:* »Psyche« (Neu aufgelegt von *L. Klages*). Jena 1926 (Verlag E. Diederichs).
3. *Claude* zitiert nach *Schilder* (s. Nr. 21).
4. *Esquirol:* »Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen«. (Hille) Leipzig 1827.
5. *Friedmann:* »Beitrag zum inneren Erleben der Schizophrenie und zur seelischen Verarbeitung therapeutischer Bemühungen«. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Band 98, 1932. Seite 140.
6. *Gaupp* (Sonnenstein): »Regulativ über die Beschäftigungen und das Arbeitswesen in der Königl. Sächs. Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein vom 11ten Junius 1828.« Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Band 93, 1930, Seite 171.
7. *Groß:* Allgemeine Therapie der Psychosen (Beschäftigungstherapie S. 113—126). Leipzig 1912 (Verlag Fr. Deuticke).
8. *Gruhle:* »Psychologie der Schizophrenie«. Berlin 1929 (Verlag J. Springer).
9. *Horn:* »Oeffentliche Rechenschaft etc. etc. nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten«. Berlin 1818.
10. *Jaspers:* »Allgemeine Psychopathologie«. Berlin 1923 (Verlag J. Springer).
11. *Klages:* »Die Grundlagen der Charakterkunde.« Leipzig 1928. (Verlag Ambr. Barth).
12. *Ders.:* »Vom kosmogonischen Eros.« Jena 1930 (Verlag Eugen Diederichs).
13. *Kraepelin:* »Arbeitspsychologische Untersuchungen.« Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 1921, Bd. 70 S. 230.
14. *Mayer-Groß:* Therapie (*Bumke,* Handbuch d. Geisteskrankheiten VIII, spezieller Teil IV). Berlin 1930 (J. Springer).
15. *Müller* (Bern): »Über Heilungsmechanismen in der Schizophrenie.« Berlin 1930 (Verlag S. Karger).
16. *Nietzsche:* Morgenröte, III. Buch, Aph. 173. Leipzig 1930 (Verlag Alfr. Kröner).
17. *Nitsche:* »Allgemeine Therapie und Prophylaxe der Geisteskrankheiten« (Bumke, Handb. der Geisteskrankheiten IV, Allg. Teil IV). Berlin 1929 (J. Springer).
18. *Ders.:* »Zur psychotherapeutischen Würdigung der Beschäftigung Geisteskranker.« Zeitschr. f. Psych. Hyg. 1931, Bd. 4, S. 39.
19. *Pinel:* »Philosophisch-medizinische Abhandlung über Geistesverwirrungen oder Manie« (deutsch von *Wagner*). Wien 1801.
20. *Reil:* »Rhapsodieen über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen.« Halle 1803.
21. *Schilder* u. *Weißmann:* »Ätherisierung Geisteskranker.« Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 110, H. 5, S. 779.
22. *Silberschmidt, Helene:* »Ergebnisse einer 'aktiveren Krankenbehandlung' in der Provinzheilanstalt Gütersloh.« Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1931, Bd. 95, S. 221.

23. *Simon:* »Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt.« Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 87, S. 87 u. Bd. 90, S. 69.
24. *Spurzheim:* »Observations sur la folie.« Paris 1818.
25. *Thumm:* »Beschäftigungsgrad und aktive Therapie.« Psych. neur. Wschr. 1927, Jahrg. 29, S. 242.
26. *Ders.:* »Über Erfahrungen mit aktiver Therapie bei Psychosen.« Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1926, Bd. 103, S. 225.
27. *Zierl:* »Geschichte der Heil- u. Pflegeanstalt Regensburg 1852—1932.« Regensburg 1932 (Anstaltsdruckerei).

Bildnisse und Persönlichkeiten der Hohenstaufen.

Von

Dr. **Ernst Müller**, Medizinalrat in Hildburghausen.

Mit 1 Tafel.

Alphons Nobel sagt, daß die vielen deutschen Fürstendynastien sich nicht mit Blut besudelt, nicht mit Mord gewütet hätten. Wir greifen eine der berühmtesten heraus, unter der das Deutsche Reich seine größte Ausdehnung besessen und vielleicht überhaupt den größten Ruhm erworben hat, wenn wir von der Periode unter Karl dem Großen absehen und von der Kolonialentwicklung unter Wilhelm II., welche Zeit auch eine große Ära war, aber weniger gefestigt und unter den Auspizien großen Hasses und Neides der Nachbarvölker stehend, während zur Zeit der Hohenstaufen das deutsche Element doch eine entschiedene europäische oder man kann wohl sogar sagen Weltgeltung hatte.

Wenn wir in die Materie unserer Helden und der ganzen weltgeschichtlich so hervorragenden Epoche eindringen wollen, die durch die Kreuzzüge, die Bedeutung des Adels, bes. des deutschen, große Päpste, den Kampf der deutschen Herrscher mit diesen, die Kultur des auf höchster Höhe befindlichen Mittelalters gekennzeichnet ist, müssen wir auch die Porträts derer betrachten, die damals Geschichte gemacht und an der Spitze des Deutschen Staates, ja man kann sagen der damaligen christlichen europäischen machtpolitischen Welt stehend, der ganzen Zeit ihre Persönlichkeit aufgeprägt haben. Und auch die Seitenglieder der so berühmten Dynastie wollen wir ins Auge fassen.

1. Bildnisse.

Wir beginnen mit dem Bildnis König Konrads III., des ersten Hohenstaufenherrschers auf dem deutschen Königsthron. Sein Porträt ist in meinen Cäsarenporträts 3. Teil Tafel XIX abgebildet, von dem Scheffauer gesagt hat: Es verkörpere die höchsten Ideale der garmanischen Rasse. »Das war die Wiedergeburt eines romantisch-heldischen Typus, der verschwunden, doch nicht untergegangen war«.

Der schmale durchgeistigte Kopf trägt eine mit Edelsteinen besetzte Krone. Die freie Stirn wird nach unten von leicht angegebenen knöchernen Augenbögen begrenzt. Die weit geöffneten Augen blicken ernst. Der Mund ist ausdrucksvoll, nicht direkt voll. Das rundliche Kinn ist kräftig entwickelt. Das wenn auch nicht direkt schöne, aber energische, zielbewußte Antlitz wird von einem Kranz herabwallender Locken umrahmt. Durch die steife Haltung des Halses erhält der Kopf etwas noch Würdevolleres. König Konrad sitzt zu Pferde. Dies ist königlich aufgeschirrt, ein bequemer Sattel, selbst Steigbügel fehlen nicht. Das Standbild steht im Dom zu Bamberg. Während die Linke den Zügel hält, faßt die Rechte eine Schnur des Mantels, was etwas geziert aussieht. Das Gewand ist einfach, mit schönen Falten und einem Gürtel versehen. Der offenbar mit Sporen besetzte Schuh steht im Steigbügel. Die gerade Haltung des schlanken Reiters auf dem offenbar absichtlich groß gewählten Roß (erinnert an die Gepflogenheiten des Hohenzollernkaisers Friedrich III.) erhöht die Würde. Die Abbildung in meinem Buch bringt bloß den Kopf und die Brust bis zur Hälfte. Das ganze Reiterstandbild ist in Stacke, Deutsche Geschichte, Seite 443, abgebildet.

Kaiser Barbarossa ist in Cäsarenporträts 3 Tafel XVII (als Reliquiar) abgebildet, welches aber ziemliche Porträtähnlichkeit besitzen dürfte. Die Locken des Haupthaars werden von einer Binde respektive einem Königsreif umfaßt und quellen als einzelne Löckchen auf die hohe Stirn herab. Diese Manier, die Locken darzustellen, erinnert an die Gepflogenheit in der römischen Kaiserzeit, siehe Bernoulli IV. Band, Büste des Septimius Severus, Tafel X. Der Kopf dieses wahrscheinlich aus Edelmetall getriebenen Reliquiars zeigt keine Schönheit, sondern wohl entsprechend dem Stil der Zeitkunst derbe, herbe, manirierte Züge: vielleicht liegt dies auch mit an der Sprödigkeit des Materials, wohl auch mit am Können, denn an den berühmten Figuren im Naumburger Dom sieht man doch, wieweit man in der Porträtgestaltung damals schon fortgeschritten war. Die Augenbrauen sind wie zusammengewachsen und in utriertem Bogen wiedergegeben. Die Augen sind sehr weit auf, was man Königsauge nennt, was allerdings auch Familieneigentümlichkeit der Staufer sein kann. Die Ringe unter den Augen deuten wohl ein gesetzteres Alter an. Der Schnurrbart ist unsymmetrisch, was an sich richtig sein kann, aber steif wiedergegeben. Die Ohren sind nicht klein, was auf feiner Beobachtung beruhen kann, der Vollbart in der Mitte geteilt und kurz gehalten. Der Hals ist ziemlich schlank und verdickt sich nach unten wohl mehr, damit er in das Gestell des Reliquiars hineinpaßt. Der ganze Kopf hat durch die scharfen Linien, den geraden Mund mit der unsymmetrischen Unterlippe

etwas Starres an sich. Trotzdem dürften wir es mit einem im ganzen leidlichen Porträt des Kaisers zu tun haben, das freilich der ihm nachgesagten Schönheit ermangelt. Dasselbe kann man aber auch von Münzen des Kaisers sagen, deren eine ihn bartlos und ganz unähnlich, eine andere wohl mit Vollbart, aber ganz schlecht und unkenntlich wiedergibt, was direkt an die byzantinische Fratze erinnert. Ferner denke ich dabei an sein Steindenkmal am Portal des Freisinger Doms und an das am Eckstein eines Fensters im Kreuzgang des Klosters S. Zeno bei Reichenhall in Bayern; auf beiden Skulpturen ist er steif und unschön dargestellt (abgebildet in Stacke, Deutsche Geschichte, Seite 457 u. 477). Zweifellos haben alle Bildwerke das gemeinsam, daß Barbarossa einen großen Kopf hatte, was also einer geschichtlichen Tatsache gleichzukommen scheint. Da der Kopf des Reliquiars richtige Dimensionen zu haben scheint, ist der Umfang des Kopfes mit etwa 58 cm anzunehmen. Eine auch ganz unähnliche Münze zeigt ihn mit Schnurbart, so daß Friedrich also bartlos, mit Schnurrbart und im Vollbart dargestellt worden ist. Die Augen stehen bei beiden erwähnten Münzen wie 2 Knöpfe vom Gesicht ab, so roh ist die Darstellung. Stacke bildet auch ein Siegel des Kaisers ab, das sicher porträtähnlich ist und ihn im Alter von 53 Jahren zeigt. Auch hier ist der große Kopf wieder sehr deutlich. Das Antlitz ist nicht schön und für 53 Jahre eigentlich zu alt. Auch hier das lockige Stirnhaar, das für ihn charakteristisch oder modisch zu sein scheint. Auch hier wie auf dem Reliquiar Schnurrbart und Unterlippe asymmetrisch.

Ein Bildnis Kaiser Heinrichs VI.[1]) befindet sich in der Pariser (Manessischen) Minnesängerhandschrift (von Stacke reproduziert). Das Blatt ist schön, wenn auch der Zeit entsprechend etwas steif und maniriert, zum Beispiel die Handhaltung. Die Krone ist stilisiert, der Kopf groß, wie bei seinem Vater Barbarossa, das Haar ähnlich wie bei diesem in Löckchen über die Stirn vorquellend, das schmale Gesicht von reichlich lang herabwallenden Locken umwallt. Die Ähnlichkeit mit dem Vater ist ziemlich groß, was wieder für Porträtechtheit spricht. Bildung von Stirn, Augenbrauen, Nase, Bart, Mund ähnlich wie bei Barbarossa. Die Wangen sind bei Kaiser Heinrich schmaler, die Augen weniger weit auf, die Ohren kleiner. Der Hals wie beim Vater schlank, aber entsprechend der geringeren Ernährung noch schlanker. Kaiser Heinrich trägt 2 modische Armbänder und sitzt auf einem gepolstertem Thronsessel, die Füße in prächtigen modegerechten Schuhen. Der Unterbau des

---

[1]) Heinrich VI. und Friedrich II. waren Genies. Das Genie ist geist- und kenntnisreich, wahr, tapfer und furchtlos.

Thrones deutet auf den damaligen romanischen Baustil hin. Der Körperbau ist grazil (leptosom), ähnlich wie beim Vater. Die Füße sind nicht klein wie bei Barbarossa. In seiner Rechten hält Kaiser Heinrich das Zepter, in der Linken anscheinend einen Buchstaben. Das Schwert an seiner Rechten scheint als charakteristisches Attribut beigegeben. Bei den beiden Wappen handelt es sich offenbar um das römische Kaiser-, respektive deutsche Königswappen und um das sizilische Königswappen. An der Porträtähnlichkeit dürfte kein Zweifel sein, weil die Ähnlichkeit mit dem Vater beträchtlich ist und andere mittelalterliche und nachmittelalterliche Bücher auch gute Bildnisse gebracht haben. Das Bildnis ist sehr durchgeistigt, dabei ernst, der Kopf scheint noch größer wie der Barbarossa's zu sein. An der Güte des Bildnisses kann auch deshalb nicht wohl gezweifelt werden, da auch Einzelheiten sehr charakteristisch wiedergegeben zu sein scheinen; ich mache auf den langen rechten Zeigefinger aufmerksam, der auch eine Besonderheit seines Vaters Friedrich ist, also offenbar eine vererbte Eigentümlichkeit.

Zwei Bildnisse Kaiser Friedrichs II., des Sohnes des vorigen: zunächst ein Münzbildnis[2]), einer der berühmten Augustalen mit der Umschrift: Imp(erator) Rom (anorum) Cesar Aug(ustus). Wohlgerundeter, hinten ausladender Kopf, mit Cäsarenkranz. Haar auf dem Scheitel mehr glatt, an Stirn und Schläfe gelockt, im Nacken anscheinend ebenso. Das Gesicht ist schön, ernst, die Stirn hoch, unten in einen knöchernen Augenwulst übergehend, die Lippen sind schön gebildet, das Kinn rund und voll, ein Winkelprofil konstruierbar. Das Auge ist groß, das Profil fast griechisch, was an die mütterliche Abstammung gemahnt (Constanzi). Das Münzprofil entspricht sehr wohl dem von Stacke abgebildeten Frankfurter Siegel als auch der bekannten Statue, die früher auf dem römischen Tor von Capua stand, die Stacke ebenfalls abbildet. Der Hals ist nicht lang, das Gewand dem eines römischen Kaisers angepaßt. Das Münzbildnis zeigt entschieden etwas Deutsches an, wie auch Kantorowitz zugibt.

Die erwähnte römische Statue[3]) Kaiser Friedrichs II., die herabgestürzt wurde und infolgedessen an Armen und Füßen verstümmelt ist, beweist schon durch die Ähnlichkeit mit dem Siegel und der Münze, daß es sich um ein gutes Porträt des Fürsten handeln muß. Der Kaiser sitzt auf einem romanischen thronähnlichen

[2]) Herr Professor Max Bernhart war so gütig mir den Abguß dieser aus der staatlichen Münzsammlung in München stammenden Münze zu überlassen.

[3]) Der Kopf ist nach Kantorowitz jetzt zertrümmert.



Sockel, eine gezackte Krone auf dem Haupte, die mit Edelsteinen besetzt ist. Der große Kopf ragt darüber heraus. Das Haar wallt teils schlicht, teils lockig herab und zeigt hinten mehr Fülle. Der Hals ist länger als auf der Münze und schlank wie auf dem Siegel. Das Antlitz ist ernst, durchgeistigt, schön, bartlos, der Mund klein, das Kinn nicht klein und schön gerundet. Er sitzt in königlicher Haltung auf dem Thron, gekleidet offenbar in die Gewandung eines römischen Kaisers oder Senators. Die Gewandung wie das ganze Rundbildnis sind prächtig ausgeführt. Sehr bedauerlicherweise fehlen Hände und Füße, die oft sprechende Anhaltspunkte für die Vererbung geben.

Seinen Sohn Heinrich erblicken wir in einem Siegel der Stadt Frankfurt als deutschen König. Eine Krone ziert den Kopf, die Augen sind halb geschlossen, der Blick ist verschleiert, die Miene traurig, das Haar hängt in langen Strähnen herab. Im Königsgewand sitzt er auf dem Thron, in der Rechten das Zepter, in der Linken den Reichsapfel; der Körper ist asthenisch-muskulär, die Füße sind nicht klein. Ausgenommen das Antlitz, macht alles einen prächtigen Eindruck, eine reiche Kultur wiederspiegelnd.

2. Geschichtserzählung.

Konrad von Hohenstaufen (1138—1152) war mit dem vorausgegangenen Kaiserhaus verwandt; auch das ebnete ihm den Weg zum Thron. Natürlich spielten auch höfische Intrigen vor der Thronbesteigung eine Rolle. Auch der Welfe Herzog Heinrich machte Ansprüche auf die Krone, der der Schwiegersohn der Kaiserinwitwe Richenza war. Die Wahl Konrads wurde rasch vollzogen, und am 7. März 1138 folgte ebenso schnell die Krönung zu Aachen nach. Konrad besiegte Welf VI., den Bruder Herzog Heinrichs und Onkel Heinrichs des Löwen, und eroberte Weinsberg. Zwischen Hohenstaufen und Welfen dauerte der Kampf bereits sieben Jahre. In den nächsten vier Jahren stellte Konrad in Deutschland die Ordnung wieder her, wobei ihm Schwierigkeiten bereitet wurden und wobei er nicht immer durchdrang. In Lothringen, Burgund, Böhmen, Polen und Italien waren die Oberhoheit Deutschlands und sein Ansehen in Frage gestellt. König Konrad hielt sich von den italienischen Verhältnissen fern, machte keinen Römerzug, um sich die Kaiserkrone zu erwerben, konnte sich aber einem Kreuzzug ins Heilige Land nicht wohl entziehen. Nachdem er die Ordnung in Deutschland gesichert und seinen jungen Sohn Heinrich von den Fürsten hatte zum König erklären lassen, trat er im Mai 1147 seinen Zug nach dem Süden von Regensburg aus an. Nach einigen Scharmützeln mit den teilweise treulosen Griechen und der Niederlage

König Konrads in Phrygien löste sich der Kreuzzug allmählich auf. König Ludwig von Frankreich und König Konrad konnten Jerusalem und das heilige Grab sehen, das war das einzige Resultat ihrer kämpfereichen Fahrt, die 200000 Kriegern das Leben gekostet hatte. Kurz darauf wurde Konrad infolge der vielen Strapazen und Beschwerden in Speier aufs Krankenlager geworfen. Welf der VI. benutzte diese Gelegenheit und belagerte das Hohenstaufenschloß Flochberg bei Nördlingen, aber Heinrich, König Konrads Sohn, brachte Welf eine Niederlage bei. Kurz danach verlor der König seinen tüchtigen Sohn Heinrich durch den Tod, ein Verlust, der den Vater schwer traf. Schon wollte er gegen den trotzigen Welfen vorgehen und einen Römerzug vorbereiten, als er mit 58 Jahren (1152) seinen Geist aufgab. Auf dem Totenbette hatte König Konrad die Reichskleinodien und seine Stimme seinem Neffen, Friedrich von Schwaben, übergeben, der Vormund seines noch minderjährigen Sohnes Friedrich wurde.

Friedrich von Schwaben (Barbarossa 1152—1190).

Friedrich wurde am 5. März 1152 in Frankfurt als deutscher König anerkannt und vier Tage danach in Aachen gekrönt. Durch seine Mutter Judith ein Neffe des Welfenherzogs Welf war er wie berufen, den alten Streit zwischen Hohenstaufen und Welfen auszugleichen. Mit 31 Jahren bestieg er den Thron; er hatte sich schon verschiedentlich ausgezeichnet und bot vortreffliche Eigenschaften dar.

Barbarossa war ein schöner Mann mit gewinnenden Formen, exzellierte in jeglicher ritterlicher Tugend, war gerecht, teils streng, teils herablassend und gütig, tüchtig im Krieg, doch diesen bloß als Mittel zum Frieden betrachtend. Er lebte der romantischen Vorstellung, ein Kaiser wie der große Karl sein zu wollen. Barbarossa baute schöne Kaiserpfalzen. Nachdem er einen dänischen Thronstreit geschlichtet und das Welfenhaus versöhnt und an seine Interessen gefesselt hatte, zog er im Herbst 1154 über die Alpen nach Italien, um sich die Kaiserkrone zu holen. Nachdem Friedrich Kämpfe mit oberitalischen Städten ausgefochten und Arnold von Brescia, den Volkstribunen und Reformprediger, dem Papst Hadrian IV. ausgeliefert hatte, wurde er am 18. Juni 1155 von diesem zum Kaiser gekrönt, nicht ohne zuvor mit den Römern gekämpft zu haben. Als Nachspiel abermals Kämpfe in Rom und der berühmte Zug durch die Veroneser Klause. Bei ersterem Vorgang siegte er hauptsächlich durch die Tapferkeit Heinrichs des Löwen. Mit Hülfe dieses Paladins schlichtete Barbarossa einen Streit zwischen zwei Polenherzögen. Durch seine Vermählung mit der schönen und geistreichen

Beatrix von Burgund dehnte er Macht und Ansehen der deutschen Krone auch nach dem Westen beträchtlich aus. Friedrich ließ sich in Monza die italienische Königskrone aufs Haupt setzen, Mailand wurde zerstört. Der Kaiser mußte auch schon erbitterte Kämpfe mit dem Papsttum bestehen. Heinrich der Löwe betrieb indessen seine berühmten Eroberungen im Osten (Wendenland). Barbarossa zog das fünfte Mal gen Rom und belagerte Alessandria. Heinrich der Löwe versagte gerade im wichtigsten Moment Friedrich seinen Beistand; so kam es zu dessen Niederlage bei Legnano. Auf dem Kongreß zu Venedig wurde die alte Streitfrage — Verhältnis zwischen Kaisertum und Papsttum — zugunsten des letzteren entschieden; schon die Schlacht bei Legnano hatte Friedrichs Stellung zugunsten des Papsttums und der Lombarden verschoben. Der abtrünnige Heinrich der Löwe wurde wegen Ungehorsams gegen Kaiser und Reich geächtet. Mit den Lombarden wurde der laue Konstanzer Friede geschlossen (1183). Zu Pfingsten 1184 feierte Barbarossa das später so berühmt gewordene Reichsfest zu Mainz anläßlich des in Italien und Deutschland hergestellten Friedens, inmitten von fünf Söhnen, von denen zwei den Ritterschlag erhielten, umgeben von höchster Pracht und Herrlichkeit. Der Kaiser zog in demselben Jahre das sechste Mal nach Italien. Von den Lombarden begünstigt, die er gegen den Papst ausspielte, denen er Vergünstigungen verlieh, feierte er in Mailand die Hochzeit seines Sohnes Heinrich mit Constanzia, der Erbin des Normannischen Reiches, wodurch die Hohenstaufen die Anwartschaft auf Neapel und Sizilien erhielten. Die Hochzeit wurde denkbar prächtig gefeiert.

Da indessen Jerusalem von den Muhamedanern in Besitz genommen worden war, beschloß Barbarossa, sein Leben durch einen neuen Kreuzzug zu krönen und das heilige Land zu erobern. Man schlug sich mit treulosen Griechen und Seldschucken herum, und der greise Kaiser ertrank im Alter von 70 Jahren am 10. Juni 1190 im Flusse Saleph in Cilicien. 1191 wurde endlich durch das vereinigte Kreuzheer Akkon erobert. Der englische König Richard Löwenherz wurde vom Herzog Leopold von Österreich später auf der Heimreise in Österreich gefangen genommen und aus Gefälligkeit an Kaiser Heinrich VI. ausgeliefert. Dieser setzte ihn in Triefels fest und erpreßte von ihm, der Feind der Hohenstaufen war, als er ihn freigab, ein hohes Lösegeld.

Heinrich VI. (1190—1197).

Mit 25 Jahren trat Heinrich die Regierung an. Schon während seiner Reichsverwalterschaft hatte er Kämpfe zu bestehen. Heinrich der Löwe war nach Barbarossa's Tode wieder in seine Lande eingebrochen; König Heinrich besiegte ihn aber

und brachte ihn zum Abschluß des Vertrags von Fulda (Juli 1190), wodurch es ihm möglich wurde, unverzüglich nach dem Süden aufzubrechen, um das Erbe seiner Gattin — Neapel und Sizilien — anzutreten. Am 15. April 1191 wurde Heinrich (mit seiner Gattin Constanzia) in Rom zum Kaiser gekrönt, nachdem er schimpflicherweise die Stadt Tuskulum preisgegeben hatte. Nun nahm er Rocca d'Arce im Sturm und belagerte Neapel. Hier wurde sein Siegeslauf gehemmt, weil eine verheerende Seuche sein Heer und ihn selbst ergriff, so daß alle Errungenschaften aufgegeben werden und er nach Deutschland zurückkehren mußte, während sein Gegner Tankred seine Frau gefangennahm und die meisten Städte Apuliens zurückerobern konnte. Nachdem er in Deutschland die Ordnung wieder hergestellt hatte, wo man einen Bund gegen den Kaiser und die Erbmonarchie der Hohenstaufen geschlossen, und die fast 20jährige Feindschaft zwischen Welfen und Staufen durch ausgezeichnete Politik begraben hatte, brach er abermals nach Italien auf. In raschem Siegeszuge besetzte er Apulien; andere Landschaften beugten sich ihm freiwillig, so daß er sich in kurzem die Krone Siziliens aufs Haupt setzen konnte. Zur See hatten ihm Pisaner und Genueser geholfen. Nun folgen nach seinem Sieg die furchtbaren Greuel, angeblich auf Grund einer vom normannischen Königshaus selbst gegen Heinrich angezettelten Verschwörung. Die normannische Königsfamilie wurde umgebracht oder eingekerkert mitsamt ihren Anhängern, Erzbischöfen, Bischöfen, Grafen und Herren. Kaiser Heinrich wollte nun eine Erbmonarchie der Hohenstaufen in Deutschland schaffen und Sizilien als Reichsland Deutschland angliedern. Er erreichte zwar, daß sein zweijähriger Sohn (Friedrich II.) zum römischen König gewählt wurde, setzte also in der Hauptsache seinen Plan durch, allein die Fürsten machten Widerstand, so daß er diesmal von der Vollendung seiner Ideen absah. Als er auf der Höhe seiner Macht im Sommer 1196 über Italien nach dem Osten aufbrach, um durch einen Kreuzzug das Griechische Reich zu stürzen, Spanien zu erobern und ein deutsch-römisches Weltreich zu errichten, da wirft der Tod des bedeutenden Fürsten alle seine Pläne über den Haufen.

Philipp von Schwaben (1198—1208).

Dieser, ein Sohn Barbarossas, der den Auftrag hatte, das kleine Königskind (Friedrich II.) zur Krönung nach Deutschland abzuholen, was ihm aber wegen der entstandenen Wirren und Deutschgegnerschaft nicht gelang, wurde gezwungenermaßen 1198 in Mühlhausen zum deutschen König gewählt, weil die deutschen Fürsten kein Kind als König duldeten. Der tüchtige

Hohenstaufe wurde bekanntlich in die Gegnerschaft König Ottos IV., des Welfen, der als Gegenkönig auftrat, verwickelt, mußte auch mit dem Papsttum streiten und fiel 1908 durch Mörderhand. Philipp war auch vom Papst gebannt, sollte aber vom Bann gelöst werden, als sein plötzlicher Tod dies verhinderte.

Friedrich II. (1215—1250).

1212 gelangte Friedrich II., inzwischen herangewachsen, von Messina aus nach Deutschland, wo er mit Begeisterung empfangen wurde. Otto IV. schlug er und wurde 1215 feierlich in Aachen gekrönt. 1220 ließ er seinen Sohn Heinrich zum deutschen König wählen, den deutschen Fürsten von seinen kaiserlichen Rechten abgebend. Im Sommer 1220 verließ er Deutschland, um sich in Italien die Kaiserkrone zu holen. Seine Krönung erfolgte in demselben Jahre in Rom zugleich mit der seiner Gemahlin.

Nach Kämpfen mit den Sarazenen begab er sich auf den dem Papst gelobten Kreuzzug und zog 1229 in Jerusalem ein, vermöge eines günstigen Vertrags, den er mit einem Sarazenenfürsten geschlossen hatte. Und zwar geschah dies alles ohne Schwertstreich. Der Papst belegte aber die heiligen Stellen mit dem Interdikt, da der Kaiser seiner Ansicht nach den mit der Kurie vereinbarten Vertrag gebrochen hatte. Als Friedrich II. wieder in Süditalien gelandet war, eroberte er seine ihm verlorengegangenen Landstriche wieder, und der Papst mußte, in die Enge getrieben, 1930 den Frieden zu San Germano schließen.

Indessen hat der Kaiser in ausgezeichneter Weise für das Königreich Sizilien gesorgt, für das er in modernster, großzügigster Weise arbeitete. Gleichzeitig entwickelte sich die Tragödie mit seinem Sohn Heinrich, der durch sein flatterhaftes Privatleben und seine Eigenwilligkeit in den Regierungsgeschäften bei seinem Vater Anstoß erregte. 1232 erhielt der Sohn die Verzeihung des Vaters in Cividale. Nachdem er später wegen eines gegen den Kaiser angezettelten Aufstandes nochmals Vergebung erhalten hatte, wurde er, da er sein Gelübde brach, für den Rest seines Lebens in einer italienischen Burg gefangengesetzt. Später endigte er durch Selbstmord, als seine Freilassung nahe bevorstand. Friedrich II. versuchte damals die Ketzerei und die Inquisition in Deutschland einzuführen. Zu derselben Zeit spielte sich das Drama der heiligen Elisabeth von Thüringen ab.

Nun folgen Kämpfe des Kaisers mit den lombardischen Städten und mit den Päpsten; Mailand wurde besiegt. In diese Zeit fällt auch der Einbruch des Enkels Tschingiskhans in Südosteuropa, der zurückgeschlagen wurde.

Der Kaiser wurde 1240 durch einen Vergiftungsversuch und die Sabotage seines erprobten Helfers, Peters von Vinea, erschüttert und noch mehr durch die Gefangennahme seines schönen und geistreichen Sohnes König Enzio, der von den Bolognesen gefangen und unschädlich gemacht wurde. 1250 starb Friedrich II., ohne letzterem helfen, ohne ihn befreien zu können.

Konrad IV. (1250—54), Konradin und die anderen letzten Hohenstaufen.

Außer Konrad IV., der deutscher König wurde, lebten damals noch folgende hohenstaufischen Agnaten: Der gefangene Enzio, Heinrich, der Sohn der englischen Isabella, und Manfred, Bastard aus Friedrichs II. Ehe mit Blanka Lancia. Gleich Enzio wurde letzterer für einen ausgezeichneten Mann gehalten; er mußte als Fürst von Tarent das Erbe der Hohenstaufen im Süden (Sizilien) wahren. Ferner lebten noch zwei Kaiserenkel, die Kinder des abgesetzten deutschen Königs Heinrich. König Konrad reiste 1252 nach Apulien; wenn er auch anfangs Erfolge hatte, durch die Intrigen der Kurie hatte er einen schweren Stand. Manfred ist verschieden dargestellt worden; die einen behaupten, daß er Konrad IV. treu beigestanden habe, andere halten ihn für einen tollen Giftmischer. 1252 starb der Kaiserenkel Friedrich, 1253 der Kaiserenkel Heinrich, 1254 auch König Konrad. 1258 ließ sich Manfred auf Wunsch des sizilischen Adels zum König von Sizilien krönen, eine Nothandlung, sollte das Erbe Konradins den Staufern nicht verlorengehen. Durch die Verheiratung seiner schönen Tochter Konstanze mit Peter von Aragonien befestigte Manfred seine Stellung. Der Papst übertrug dem Bruder des französischen Königs, Karl von Anjou, die römische Senatorwürde und das ganze Königreich Sizilien. So kam es zur Schlacht zwischen Karl und Manfred; nach mehrfachem Verrat fiel letzterer heldenhaft in der Schlacht bei Benevent. Karl verdarb alles, was die Staufer im Süden Gutes geleistet hatten.

Nun folgte die bekannte Tragödie des schönen Heldenjünglings und letzten Hohenstaufensprossen Konradin: 1267 überschritt er mit 10000 Mann die Alpen. Glückliche Ereignisse verflochten sich mit der uralten Hohenstaufenfeindschaft der Kurie. Das übrige ist bekannt. Stacke sagte sehr richtig: Am Schlachttag (23. August 1268) bei Tagliacozzo siegten Schlauheit und List über Heldenmut und Tapferkeit. König Konradin wurde besiegt und am 29. Oktober 1268 mit seinem Freund Friedrich von Österreich auf dem Markt von Neapel hingerichtet.

Das Ende der Hohenstaufen.

1242 war König Heinrich durch Freitod gestorben. 1270 endete Friedrichs II. Tochter Margarete, die vor ihrem Gemahl, Albrecht dem Entarteten von Meißen, von der Wartburg fliehen mußte. 1272 starb Enzio im Kerker.

3. Schlußfolgerungen.

Wir besitzen nicht allzu viel Porträts hohenstaufischer Fürsten und Prinzen; von diesem Fürstenhaus angehörenden Kaiserinnen, Königinnen und Prinzessinnen konnte ich leider keine anführen. Das Denkmal König Konrads III. ist ein wunderbares Bildwerk, das dem künstlerischem Können der damaligen Zeit alle Ehre macht. Es muß Gleichzeitigkeit angenommen werden, denn es liegt ja zweifellos ein wahrhaftiges Porträt vor. Sind schon Roß, Zaumzeug und Piedestal edel wiedergegeben, so die Figur des Herrschers in seiner vornehmen, einfachen Größe und Menschlichkeit erst recht. Ja besser kann man die damalige Geschichte gar nicht lesen als in diesem steingeformten Gesicht. Aus diesem ist zu schließen, daß er gar nicht so kraftlos war, wie ein moderner Historiker das glauben machen will (Wolfgang Götz, eine Deutsche Geschichte). Der König sieht zielbewußt, wacker und heldisch aus, und das entspricht auch im ganzen dem historischen Bericht. Daß damals deutsche Grenzen schon weniger gut geschirmt waren, lag wohl mehr an den Widerständen, die ihm von den Reichsfürsten und von geistlicher Seite aus entgegengebracht wurden.

Die Bildnisse Kaiser Barbarossas, zeigen, soweit sie in meiner Arbeit Berücksichtigung finden, nichts von der ihm nachgesagten Schönheit; trotzdem nehme ich keinen Anstand, an diese zu glauben. Wir erleben eben zur Zeit Kaiser Rotbarts eine Verschlechterung der deutschen Kunst, eine Erscheinung, die man wohl mit den damaligen ewigen inneren und äußeren Kämpfen sehr wohl in Gleichklang bringen kann. Unter Kaiser Friedrich II., wie wir noch sehen werden, erleben wir wieder das Gegenteil, einen Wiederaufstieg der Kunst. Daß Barbarossa auf dem angezogenen Siegel überaltert erscheint, ist begreiflich, wenn man bedenkt, daß dieses ganze Heldenleben mit großen inneren und äußeren Kämpfen ausgefüllt war, ja zum Teil mit ganz außerordentlich schweren, man braucht bloß an seinen Kampf mit Heinrich dem Löwen zu denken, der einem Vernichtungskrieg gleichkam. Auch das körperlich Zarte würde gut zu der großen körperlichen wie geistigen Inanspruchnahme passen. Daß er kleinere Füße wie sein Sohn Heinrich VI. hatte, läßt an eine erbliche Beziehung zu seiner Mutter denken. — Barbarossa wird von der modernen Geschichtsschreibung anders

wie früher beurteilt. Es dürfte richtig sein, daß Heinrich der Löwe damals eigentlich der größere war und die deutschen Interessen besser erkannte und vertrat. Wenn wir auch zugeben müssen, daß die Eroberung Italiens dem damaligen Zeitgeist entsprach, auch die mystischen Ideen alter Kaiserherrlichkeit, und daß auf diesem Wege — durch die Römerzüge — auch Gutes angerichtet wurde: Befruchtung mit der alten klassischen Kultur, Hereinströmen von Reichtum[4]) nach Deutschland in Form von aus Italien geliefertem Gold, Silber, Tuchen, Getreide. Baumeistern, Baumaterial usw. Trotz allem war der Kaiser gewiß eine anziehende, heldische Persönlichkeit, sonst hätte sich die deutsche Sage nicht so mit ihm beschäftigt. Heinrich der Löwe mußte unterliegen, weil jener mehr Macht hatte; später haben sich die Welfen unter Otto IV. doch noch in Deutschland durchgesetzt. Wenn Heinrich der Löwe sich gegen Barbarossa durchgesetzt haben würde, wäre die deutsche Geschichte freilich anders verlaufen, da hätten wir vielleicht schon damals angefangen, völkische Geschichte zu treiben. Heinrich der Löwe war in mancher Hinsicht ein deutsches Helden- und Fürstenideal, freilich weiß man nicht, wie er Deutschland kulturell-ästhetisch gefördert haben würde. Wenn Professor Götz in seinem gewiß sehr interessanten Buch den Kaiser mit Kaiser Wilhelm II. vergleicht, so hat er ganz Recht, denn auch dieser liebte den Prunk und war weniger ein vorsichtiger Diplomat als daß er ein glänzender Herrscher war, was man auch mit Bezauberer bezeichnet hat. Barbarossa konnte aber sein Land im ganzen in gutem Zustand seinem Sohn übergeben.

Kaiser Heinrich VI. erscheint auf dem wiedergegebenen Bildnis in königlicher Haltung auf dem Thron, ernst und geistreich in den Zügen. Ja das Genialische, was ihm die Geschichte nachsagt, ist gut durch diese Züge ausgedrückt. Auch sein großer Kopfumfang würde der Richtigkeit der Annahme förderlich sein. Der Kaiser muß nach den geschichtlich beglaubigten Tatsachen ein einzigartiger Diplomat gewesen sein, von einem Format, wie es in Deutschland vielleicht außer bei seinem Sohne, Friedrich II., Friedrich dem Großen, Bismarck und bei Hitler nicht wieder in der deutschen Geschichte in Erscheinung getreten ist oder höchstens noch an die Taten Karls und Ottos des Großen erinnert, die uns aber schon entfernter stehen, als daß wir sie so genau umreißen könnten. Zweitens hat er eine unbeugsame Energie gezeigt, vielleicht ein welfischer Zug, denn mit ihnen war er auch blutsverwandt. Den Sinn für mystische Romantik hatte er von seinem Vater Barbarossa geerbt. Was

---

[4]) Der Zustand erinnert an den Block der Mittelmächte (1916).

seine Grausamkeit anlangt, an der kein Zweifel ist, so entsprang diese seiner kalten Machtpolitik, seiner Herrschsucht und seinem Genie, das keinen Widerstand duldete. Hierin erinnert er an Augustus, Tiberius, Constantin den Großen, Karl den Großen und Napoleon. Wenn Wolfgang Götz sagt, das Schicksal habe mit dem Ende Heinrichs VI. vielleicht andeuten wollen, daß es der deutschen Weltherrschaft überdrüssig sei, so ist das ganz richtig: wirklich erinnert solcher Sturz an Alexanders, an Napoleons Ende. Man kann nur bedauern, daß dieser große Kaiser so rasch endigte, der so viel erwarten ließ. Schließlich hat doch Alexander der Große für die hellenistische Kultur, hat Napoleon für Frankreich, dessen Ordnung und Reichtum er begründete, große Bedeutung gehabt. Andererseits war es vielleicht doch ein Fingerzeig des Schicksals, daß die Deutschen ihre expansiven Eroberungspläne im Süden aufgeben sollten. Vielleicht meinte es die Vorsehung mit uns Deutschen gut, daß die Universalpläne der deutschen Herrscher verhindert und allmählich zunichte gemacht wurden. Diese Kämpfe begannen schon vor Jahrhunderten und hatten unter den Hohenstaufen in den Päpsten die größten Widersacher und genialsten Vertreter. Bekanntlich ist der Kampf des Papsttums gegen das Deutschtum jetzt noch nicht ausgekämpft und war vorerst nur durch Luther wieder in ein akuteres Stadium getreten. Und kein Mensch weiß, wie dieser Kampf einmal ausgehen wird. Wir haben schon gesehen, wie unser hohenstaufisches Kaiserhaus an diesem Kampf hauptsächlich mit zugrunde geht.

Von Philipp von Schwaben gibt es Münzbildnisse, die aber wegen ihrer schlechten Ausführung hier gar nicht berücksichtigt werden können. Auf der einen Münze hat er Augen wie Knöpfe. Andere Bildnisse kenne ich nicht. Die Porträts der deutschen Kaiser im Römer zu Frankfurt dürften nicht authentisch genug sein. Sein geschichtliches Bild dürfte unbestritten sein.

Die drei erwähnten Bildnisse Friedrichs II[5]) sprechen für dessen Genialität. Wieder haben wir einen großen Kopf, wie bei seinem Vater. Er war ein sehr geistvoller und auch ein schöner Mann, so daß wir das griechische Ideal: καλὸς κἀγαθός vor uns haben. Bekannt sind auch seine enzyklopädische Bildung, seine fabelhafte Diplomatie und seine Willensstärke, die auch vor Papstesbann und päpstlichen Reskripten nicht zurückschreckte, sondern sie eben so kräftig und deutlich zu be-

[5]) Nach dem ausgezeichneten Werk von Kantorowicz, Kaiser Friedrich II. (1927, Bondi-Berlin) erscheint dieser geniale Fürst als Vorläufer des Faschismus beziehungsweise Nationalsozialismus, wenigstens in Sizilien und Italien und der Renaissancefürsten.



Kaiser Heinrich VI.



Kaiser Friedrich II.



König Heinrich.

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 101.
Zu „E. Müller, Bildnisse und Persönlichkeiten der Hohenstaufen".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

antworten verstand. Auch er war ein Vorarbeiter Luthers. Walther von der Vogelweide hat den großen Kaiser besungen und ihm galt die Sehnsucht des deutschen Volkes, die dann durch die Legende in der Reformationszeit auf den alten Heldenkaiser Barbarossa übertragen wurde. Daß Friedrich II. schließlich unterlag, war nicht seine Schuld, sondern lag hauptsächlich an dem Zeitgeist, der die Kirche dem Papst und nicht dem Kaiser unterstellte und dessen Denken hauptsächlich die Kirche war. Viel Ähnliches finden wir zwischen ihm und seinem Vater: beides waren geniale, glänzende Erscheinungen. Daß Friedrich II. mitunter streng war und seine Strenge manchmal an Grausamkeit grenzte, brachte die Universalmonarchie mit sich; wie hätten sich sonst die wirklichen alten römischen Kaiser durchsetzen können. Napoleon hat das Wort geprägt: wer sich ins Bett der Cäsaren legt, wird wahnsinnig. Was ich allen drei bedeutenden Hohenstaufenkaisern Barbarossa, Heinrich VI. und Friedrich II. zum Vorwurf mache, ist ihre Italienerei. Bei Friedrich II. ist dies eher zu entschuldigen, weil er eine italienische Mutter hatte. Erst der Sturz des ganzen, so schönen und hochbegabten Geschlechtes sollte den Deutschen, vor allen den deutschen Königen die Augen darüber öffnen, daß die deutschen Interessen für die Deutschen eigentlich die wichtigeren seien. Trotzdem dürfen wir nicht vergessen, daß erst nach Kaiser Friedrich II. der Zustand der Uneinigkeit, das Hervortreten der Territorialherrschaften in Deutschland Platz griff; über 600 Jahre sollte es dauern, bis das nördliche Deutschland wieder zu einem Reich vereinigt wurde. Und nur das nördliche. Unter den Hohenstaufen war man also weiter, größer, einiger!

Bei seinem Sohn Heinrich müssen wir noch einmal des Siegelporträts gedenken: Wenn nicht alles täuscht, haben wir einen mit sich selbst nicht zufriedenen Mann vor uns, so sieht das Bildnis aus. Und so hat er sich ja auch benommen. Also dürfte es nicht bloß Zufall sein, daß das Siegel solche Züge erkennen läßt, sondern Wahrheit. Freilich hat er auch sympathische Züge. Rührend ist sein heldischer Tod[6]).

König Konrad IV. pendelte immer zwischen Italien und Deutschland hin und her, während inzwischen ein Bastard das Land betreute. Mag nun Gift die letzten Hohenstaufen hinweggerafft haben oder nicht, mag Manfred ein Giftmischer gewesen sein oder nicht — Bastarden wird gern alles mögliche Schlechte unterstellt — jedenfalls waren die Staufer ein edles, schönes und großartiges Herrschergeschlecht, das mit kleineren Auf-

[6]) Er stürzte sich im Gebirge in die Tiefe, weil er an seine Freilassung nicht glaubte.

gaben wohl besser fertig geworden wäre. Keiner war feig; die meisten kamen in Krieg und Kampf um. Von dem jungen König Konradin ist ein wunderhübsches Bildnis aus der schon angezogenen manessischen Minnesängerhandschrift auf uns gekommen, das den jugendschönen Helden behandschuht auf der Falkenjagd darstellt. Konradin auf galoppierendem Pferd, das Haupt mit einer Krone geschmückt, das freundlich blickende mädchenhafte Gesicht von langen Locken umwallt. Zugegeben mag werden, daß die Gesichtszüge mehr symbolisch als porträtähnlich[7]) zu nehmen sind. Sehr feine Hände und Füße; der weibliche Einschlag ist deutlich (Mutter Elisabeth von Bayern).

Jedenfalls steht, trotz dieser raschen Endtragödie eines berühmten deutschen Herrscherhauses, fest, daß diese Familie — sie stammte wie die Hohenzollern aus Schwaben, wo es bekanntlich so viele kluge Leute gibt — etwas ganz Apartes darstellt, nämlich die Kulmination zu ganz enorm begabten Geistern bei durchschnittlich schon großer Begabung der einzelnen. Es müßte begründet werden, wie es kam, daß so rasch zwei Genies (Heinrich VI. und Friedrich II.) aufeinander folgen konnten. Daß bei den Staufern auch außerdeutsches Blut bei den Ehen eine Rolle spielte (italienisches, englisches usw.) hat den Stamm vielleicht solange so frisch und gesund erhalten. Deutschland hat sich unter den Hohenstaufen etwa 100 Jahre einer großen Blütezeit zu erfreuen gehabt, daneben hoher Kultur[8]) und Zivilisation, das kann man aus den Resten dieser Kunstepoche schließen. War der Weg (nach Italien) auch verkehrt, so war neben dem Nutzen durch die klassische Kultur, den Reichtum Italiens und die Kreuzzüge doch wenigstens das Beispiel großer heldischer Eigenschaften und Regententugenden gegeben.

Vielleicht war die 130jährige Staufenepoche eine der größten oder die größte der vergangenen Zeiten Deutschlands.

Der Tod Konradins und das darauf einsetzende Interregnum zeigten eine ganz neue Zeit in Deutschland an, die durch die Uneinigkeit im Innern und das Anwachsen der Territorrialreiche gekennzeichnet war, was wiederum Niedergang, Armut und räumliche und geistige Enge im Gefolge hatte.

---

[7]) Deshalb nicht früher angeführt.

[8]) Während der Hohenstaufenzeit wurde der Kölner Dom gegründet, war die Blüteperiode mittelalterlicher deutscher Dichtung, konnten das Nibelungenlied und die Gudrun entstehen, spielte sich das Leben des Hofes der sagenumwobenen Wartburg ab.

Über Linkshändigkeit bei Epileptischen und Schwachsinnigen.

Von

San.-Rat Dr. **Rudolf Ganter**, Wormditt (Ostpr).

In einer früheren Arbeit haben wir das gleiche Thema behandelt[1]). Mittlerweile sind neue Fälle dazugekommen, so daß eine Neubearbeitung aller Fälle unter teilweise andern Gesichtspunkten gerechtfertigt erscheint. Es sind 157 Fälle von Epilepsie und 253 Fälle von Schwachsinn, die der Bearbeitung zugrunde liegen. Fälle, deren Leiden auf eine organische Grundlage zurückgeführt werden kann, wie z. B. auf Trauma, zerebrale Kinderlähmung, Hydrocephalie, Diplegie sind weggelassen. Unter den 157 Epileptischen zählten wir 7 = 4.4%, unter den 253 Schwachsinnigen 33 = 13.1% Linkshändige. Demnach ist hier der Prozentsatz der Linkshändigkeit bei den Schwachsinnigen dreimal so groß als bei den Epileptischen. Es wird sonst immer das häufige Vorkommen der Linkshändigkeit bei der Epilepsie betont. Zum Vergleich können wir hier nur die Zahlen von *Stier* anführen, der in der Kinderpoliklinik in der Charite unter 119 epileptischen Kindern 17 = 14.3% Linkshänder feststellte (13.2% Knaben und 15.7% Mädchen), eine Zahl, die ungefähr der bei unsern Schwachsinnigen gefundenen entspricht. Hierzu passen auch die Angaben von *Neurath*, der in einer Hilfsschule 12.4% und die von *Stier*, der bei festungsgefangenen Soldaten 14.1% Linkshänder verzeichnete. Sehen wir uns nun nach einem Vergleich mit Gesunden um. Unter *Stier*s 4784 untersuchten Soldaten waren 220 = 4.6% Linkshänder, unter *Maria Schiller*s 7651 Stuttgarter Kindern 7.8% (10% Knaben und 6.6% Mädchen). Unter den 266270 im Jahre 1909 eingestellten Mannschaften gab es nach *Stier* 10292 = 3.8% Linkshänder. Das Vorkommen von Linkshändigkeit ist übrigens auch nach Gegenden oder Volksstämmen verschieden häufig. *Stier* glaubt eine fortschreitende Zunahme der Linkshändigkeit vom Nordosten nach Westen, dem Süden und Südwesten feststellen zu können. Die

[1]) Allg. Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 75.

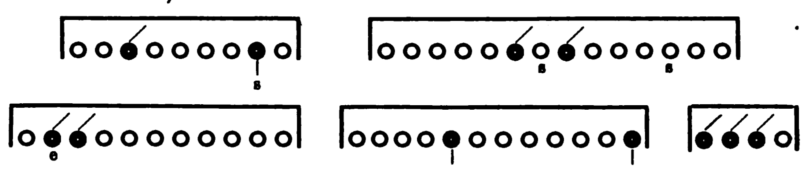
geringsten Zahlenwerte wies nach ihm Ostpreußen auf mit 2.32%, die höchsten Württemberg mit 6.50% Linkshändern. Der Prozentsatz schwankt nach den von *Stier* angeführten Autoren in den verschiedenen Ländern zwischen 1 und 8%. Der Prozentsatz bei unsern Epileptischen liegt also noch innerhalb dieser Zahlengrenze, nur der bei unsern Schwachsinnigen überschreitet sie erheblich. Vielleicht ein Zufallsergebnis.

Betrachten wir die Verhältnisse in den Familien unserer Kranken. In den 157 Familien der Epileptischen fand sich Linkshändigkeit 50mal = 31.8%, in den 253 Familien der Schwachsinnigen 105mal = 41.5% (die linkshändigen Kranken mit eingeschlossen). Dagegen erscheint die von *Steiner* und *Heilig* angegebene Zahl von 89.5% Linkshändern in epileptischen Familien außerordentlich hoch.

Hinsichtlich der Verteilung der Linkshändigkeit nach dem Geschlecht schreibt *Stier*, daß sie beim männlichen Geschlecht fast genau doppelt so häufig vorkomme als beim weiblichen. Sehen wir uns oben die eingeklammerten Zahlen bei den Kindern an, so überwiegt das eine Mal das männliche, das andere Mal das weibliche Geschlecht, wobei der Unterschied jeweils nicht sehr groß ist. Wir haben alle in den Familien unserer Kranken vorkommenden Linkshändigen zusammengezählt und gefunden, daß das männliche Geschlecht mit 115 Fällen, das weibliche mit 87 Fällen vertreten ist, somit das männliche Geschlecht etwas vorherrscht.

Nach *Stier* ist die Linkshändigkeit eine ausgesprochene erbliche Eigentümlichkeit. In 114 unserer Familien trat die Linkshändigkeit nur vereinzelt auf, in 39 Familien kam sie zwei- und mehrmal vor. Hierüber seien einige nähere Angaben gemacht.

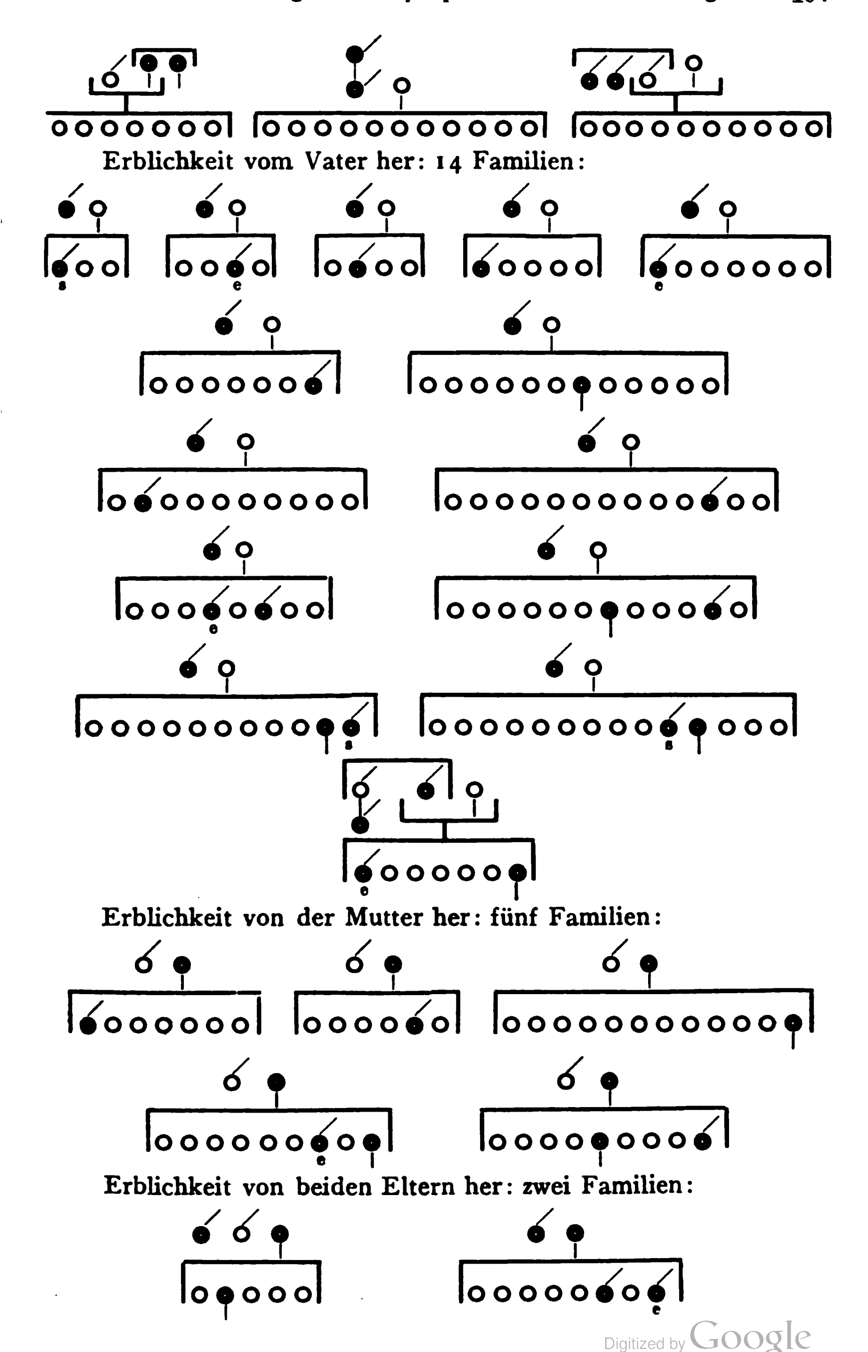
Da sind fünf Familien, bei denen einige Geschwister linkshändig waren, ohne daß in der aufsteigenden Linie Linkshändigkeit vorkam[2]):



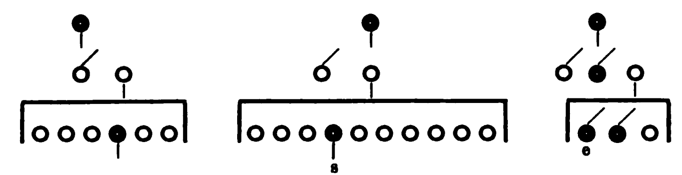
Umgekehrt verhielt es sich in den drei folgenden Familien: Linkshändigkeit auf die große Kinderzahl nicht vererbt:

---

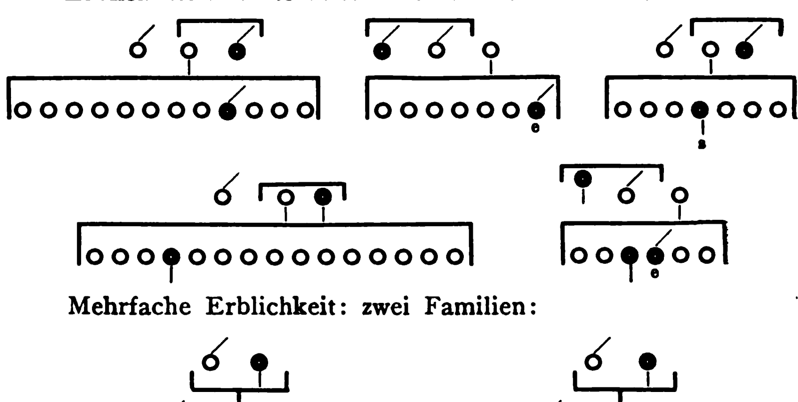
[2]) O = Bruder oder Schwester. ● ● = linkshändig, mit einem e oder s darunter = zugleich epileptisch oder schwachsinnig.


Erblichkeit vom Vater her: 14 Familien:
Erblichkeit von der Mutter her: fünf Familien:
Erblichkeit von beiden Eltern her: zwei Familien:

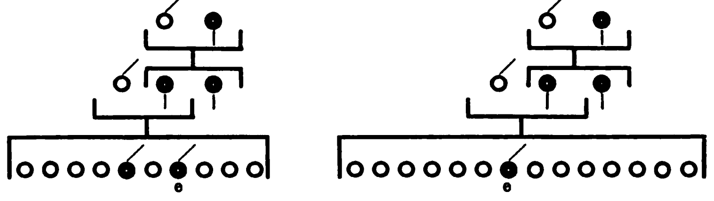
Erblichkeit von den Großeltern her unter Überspringen der Eltern: drei Familien:



Erblichkeit von der Seitenlinie der Eltern her: fünf Familien:



Mehrfache Erblichkeit: zwei Familien:



Verhältnismäßig häufig ist die Übertragung von seiten der Eltern mit 21 Fällen, wobei wieder die Übertragung von Vatersseite über die von der Mutter her überwiegt, im Gegensatz zu *Stier*, der das Umgekehrte angibt. Auch einige Fälle mit Überspringen der Eltern und von Vererbung aus der Seitenlinie sind vertreten. Auffallend wirken unter Voraussetzung der Richtigkeit der Angaben die Fälle, bei denen zwei oder drei Geschwister linkshändig sind, ohne daß Linkshändigkeit in der näheren Verwandtschaft in Erscheinung getreten ist; auffallend weiter die Fälle, bei denen eines der Eltern linkshändig ist, oder auf der Seitenlinie Linkshändigkeit besteht, ohne daß diese sich auf eines der zahlreichen Kinder vererbt hätte. Näheres über das scheinbar plötzliche Auftreten wie über das unerwartete Verschwinden oder vielleicht auch Ausmerzen der Linkshändigkeit wissen wir nicht. Das gehäufte Vorkommen, die Summation der Anlagen, ist eher verständlich. Es wiederholt sich eben hier dieselbe Erscheinung der

Vererbung oder Nichtvererbung wie auf dem Gebiet der besonderen Begabungen, Charaktereigentümlichkeiten, gewisser nervöser und geistiger Störungen.

Die Bedeutung und die Ursachen der Linkshändigkeit sind noch sehr umstritten. Nach unserer Statistik liegt das Vorkommen der Linkshändigkeit bei den Epileptischen noch innerhalb der üblichen Grenzen, hat also nichts Charakteristisches an sich. Bei den Schwachsinnigen wird diese Grenze erheblich überschritten. Ob diesem eine Bedeutung zukommt, läßt sich mangels eines größeren Vergleichsmaterials nicht sagen. *Stier* sieht in der Linkshändigkeit das Zeichen einer gewissen Minderwertigkeit, da er sie bei den gewöhnlichen Soldaten verhältnismäßig häufiger antraf als bei den höheren Chargen. Diese Ansicht könnte eine Stütze finden in dem überdurchschnittlichen Vorkommen bei unsern Schwachsinnigen, *Stier*s Festungsgefangenen und *Neurath*s Hilfsschülern. Dem stehen aber wiederum die Ergebnisse von *Maria Schiller* entgegen, die fand, daß von ihren Stuttgarter Kindern die linkshändigen nicht weniger intelligent waren als die rechtshändigen. Auch der immerhin nennenswerte Anteil der Bevölkerung an der Linkshändigkeit spricht dagegen, sie als Degenerationszeichen zu bewerten. Wenn von manchen Autoren dem Umstand Wichtigkeit beigemessen wird, daß Linkshändigkeit und Stottern oft zusammentreffen, so kann dies in derartigen Fällen auch rein pathologisch bedingt sein, insofern beide Erscheinungen auf einer gemeinsamen funktionellen Störung der betreffenden Zentren beruhen können, was mit dem sonstigen Vorkommen der Linkshändigkeit nichts zu tun hat.

Mehr Aufklärung über die Frage der Linkshändigkeit ist von der Völkerkunde her zu erwarten. Schon oben ist erwähnt worden, daß die Linkshändigkeit sich mehr oder weniger bei allen deutschen Volksstämmen findet. Sie kommt auch bei andern Völkern vor und vor allem auch nach Berichten von Reisenden bei den Naturvölkern, ja sie läßt sich bis in die menschliche Urzeit zurückverfolgen.

Hier wollen wir anknüpfen. Es hat Autoren gegeben, die behaupteten, der Mensch sei von seinem Ursprung her Rechtshänder gewesen. Dem tritt *Kogler* in einer größeren Broschüre entgegen und sucht zu beweisen, daß der Mensch ursprünglich Linkshänder gewesen sei. Er stützt sich dabei vornehmlich auf zwei Befunde: auf die Höhlenzeichnungen und die Beschaffenheit der Steinwerkzeuge. Die Höhlenzeichnungen lassen neben rechts gerichteten Profilen auch solche nach links gerichtete Profile erkennen, was für die Linkshändigkeit des Zeichners spräche. Die Steinkeile weisen Spuren, Eindrücke auf, die bald in die linke Hand, bald in die rechte passen. Jene sollen nun in der Überzahl vorhanden

sein. Daneben gibt es auch solche Steine, deren Geeignetheit für die rechte oder linke Hand man nicht näher zu bestimmen vermag. Demnach kann man sich bald für links, bald für rechts, bald für beides entscheiden. Setzen wir voraus, *Koglers* Annahme von der Linkshändigkeit des Urmenschen bestehe zu Recht, wie kommt der Mensch dann zur Rechtshändigkeit? Hierzu lautet die Erklärung *Koglers*: »Die Rechtshändigkeit ist eine Erscheinung, die vor Jahrzehntausenden durch ein umwälzendes Ereignis sich auf Kosten der früher bestandenen Linkshändigkeit entwickelt und seitdem durch Jahrzehntausende vererbt hat.« Dieses »umwälzende Ereignis« stellt an die Phantasie erhebliche Ansprüche.

Als es die Menschen dahin brachten, Waffen anzufertigen, schien darin ein annehmbarer Grund für die Entstehung der Rechtshändigkeit gegeben zu sein. *Kogler* und auch *Stier* meinen, der Krieger habe instinktmäßig, um die herzgefährdete Seite dem Feinde abzukehren, die Waffen mit der rechten Hand geführt. Wie aber, wenn er die Lanze warf oder den Bogen spannte, da wandte er ja gerade die linke Seite dem Feinde zu. Und wie ist diese Erklärung mit der Rechtshändigkeit bei den Frauen in Einklang zu bringen, die doch keine Waffen führen.

Wer auf dem Entwicklungsstandpunkt steht, wird sich den Vorgang etwas anders denken. Die Anthropoiden gebrauchen die rechte wie die linke Hand in gleicher Weise, sind ambidexter. Da einmal der Urmensch eine ähnliche Stufe eingenommen haben wird, kann man sich leicht vorstellen, daß er ebenfalls ambidexter war. Bei den damals noch einfachen körperlichen Anforderungen, wie Klettern, Schwimmen, Rudern, Schleudern von Gegenständen, Keulenschwingen u. dgl. wurden beide Hände, oder wahllos bald die rechte, bald die linke Hand gebraucht. Erst als mit der Zeit die Handlungen komplizierter und feiner wurden, wurde bald die linke, bald die rechte Hand mehr geübt und so eine größere Vollkommenheit erreicht. Schließlich gewann die rechte Hand über die linke die Oberhand. Wie kam das? Die verschiedensten Gründe wurden hierfür ins Feld geführt: Die Lage des Embryo, das Tragen des Säuglings auf dem rechten Arm, die bessere Blutversorgung der linken Hirnhälfte, das größere Gewicht dieser Hirnhälfte, die Zahl der Hirnwindungen. Keiner dieser Gründe hat sich als stichhaltig erwiesen. *Stier* kam schließlich auf den Gedanken, die Ursache beruhe auf dem funktionellen Überwiegen der linken Hirnhälfte über die rechte, d. h. aber die Frage nur verschieben. Kurz gesagt, wir wissen in dieser Hinsicht nichts Bestimmtes, so wenig wir darüber etwas wissen, warum das Herz gerade in der linken Brusthälfte, das Sprachzentrum in der linken Hirnhälfte liegt. Könnte es nicht auch umgekehrt sein?

Wir meinen: Sowohl die Links- wie die Rechtshändigkeit ist

aus der ursprünglichen Ambidextrie hervorgegangen; aus nicht näher zu bestimmenden Gründen hat die Rechtshändigkeit das Übergewicht bekommen. Man mag nunmehr die Linkshändigkeit meinetwegen als Rudiment, Atavismus oder dgl. bezeichnen. Vielleicht kommt auch heute als noch älteres Überbleibsel Ambidextrie vor, eine echte, nicht eine solche, die neben der Linkshändigkeit durch äußere Einwirkung erzwungen wird. Für das Bestehen der Ambidextrie als Überbleibsel würde die Erfahrung *Baldwins* sprechen, wonach der Säugling bis zum 7.—8. Monat mit beiden Händen, d. h. ohne daß er die eine vor der andern vorzieht, nach den Gegenständen greift.

Zusammenfassung: Von unsern Epileptischen sind 4.4%, von unsern Schwachsinnigen 13.1% linkshändig; unter Berücksichtigung der Familienangehörigen lauten die Zahlen 31.8 bzw. 41.5%. In den Familien sämtlicher Kranken überwiegt das Vorkommen von Einzelfällen von Linkshändigkeit. Unter den vererbten Fällen ist die Vererbung in direkter Linie verhältnismäßig häufig, und hier besonders die von Vatersseite. Der Unterschied in der Zahl der männlichen und weiblichen Linkshändigen ist gering; etwas überwiegt hier das männliche Geschlecht.

Literatur:

Stier, Untersuchungen über Linkshändigkeit, Jena 1911. *Steiner, Heilig, Neurath, v. Bardeleben* im Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgegeben von Bumke, Bd. III, Springer 1928. *Maria Schmidt,* Zum Problem der Linkshändigkeit, Med. Welt 1932, S. 1475. Ref. u. Berliner Illustrierte Zeitung 1933, Nr. 10. *Kobler,* Der Weg des Menschen von dem Links- zum Rechtshänder, Perles, Wien-Leipzig 1932.

(Aus der Anstalt Bethel/Bielefeld
Leitender Arzt Reg.Med.Rat Dr. *Carl Schneider*,
jetzt: o. ö. Prof. der Psychiatrie und Neurologie in Heidelberg.)

Epileptische Insulte und Krebserkrankungen.

Von

Dr. **Erich Götting,** Assistent der Anstalt,
jetzt: Landesanstalt Zschadraß b. Colditz i. Sa.

Mit 7 Figuren im Text.

Wenn man psychiatrische und neurologische Krankheiten mit somatischen Leiden auf ihre möglichen Wechselbeziehungen untersucht, so begegnen einem die größten Schwierigkeiten in der allgemein schweren Erfaßbarkeit der Symptome der ersteren Gruppe. Andererseits geben die akut verlaufenden somatischen Erkrankungen ein zu unsicheres, bezüglich ihres Einflusses auf psychisch-nervöse Leiden für die Beobachtung ein zu schnell wechselndes Bild. Geringer erscheinen diese Schwierigkeiten bei der Epilepsie, einem chronischen Leiden, das als Symptomenkomplex eine so manifeste Krankheitserscheinung, wie den epileptischen Insult zeigt. Sicherlich ist der Krampfanfall bezüglich Intensität und Frequenz kein gradueller Maßstab für das Leiden und noch weniger erschöpft sich der Begriff »Epilepsie« in den Insulten. Jedoch gibt uns der Krampfanfall in qualitativer und quantitativer Hinsicht auf Grund seiner gewissen Wechselfähigkeit eine Möglichkeit, die Beeinflussung durch somatische Leiden an seiner Differenzierung zu erkennen. Entsprechend bietet das Karzinom als über Jahre oder zumindest Monate sich erstreckende Krankheit gleichfalls eine größere Möglichkeit für die Beobachtung als andere, mehr akut verlaufende somatische Leiden. Bei der Gegenüberstellung dieser beiden Krankheiten bietet sich so der große Vorteil in vivo Untersuchungen über eine gegenseitige Beeinträchtigung anzustellen. Zu berücksichtigen bleibt jedoch, daß das Karzinom in der übergroßen Mehrzahl der Fälle nach dem 40. Lebensjahr auftritt und daß die epileptischen Insulte oft mit zunehmendem Alter zurückgehen.

Ferner ist zu bedenken, daß der Symptomenkomplex Epilepsie doch recht verschiedene Krankheitsgruppen hinsichtlich Genese, zeitlichem Auftreten und Verlauf umfaßt. Wenn wir uns zunächst noch damit zufrieden geben müssen, die genuine Epilepsie als eine Gruppe progredienter Krankheitsarten unbekannter Genese mit spezifischem, psychischem Habitus zu bezeichnen, so umfaßt das Gebiet der symptomatischen Epilepsie so große Gruppen, wie

1. Die Residualepilepsie, die durch Entwicklungsfehler, Degenerationsprozesse und intrauterine bzw. frühkindliche Hirnschädigung infolge Traumen oder entzündlicher Prozesse bedingt sein kann,
2. die progrediente Form der symptomatischen Epilepsie, bedingt durch rezidivierende entzündliche, degenerative Prozesse und Tumoren und
3. die progressive Form der Residualepilepsie, verursacht durch Traumata und Anfallsfolgen.

   Genetisch sind noch endogene und exogene Intoxikationen sowie Infektionen zu berücksichtigen.

Das Verbindende dieser Krankheitsgruppen der Epilepsie ist sicherlich weniger der Krampfzustand, der Anfall, sondern in genetischer Hinsicht vielmehr die Krampfdisposition, die epileptische Anlage. Ohne sie ist schließlich die Entwicklung eines Symptomenkomplexes, wie ihn die Epilepsie darstellt, nicht denkbar. Weshalb sollte anders z. B. das eine zangengeschädigte oder Konvulsionen zeigende Kind später Anfälle haben und das andere nicht? Weshalb sollte der eine Alkoholiker oder Arteriosklerotiker, der eine verschüttete Bergmann oder Hirntumorkranke epileptische Insulte zeigen und der andere nicht? Die Krampfdisposition ist zweifelsohne das genetisch Einheitliche aller Epilepsiearten.

Bei der Untersuchung der Wechselwirkungen zwischen Epilepsie und Karzinom dürften die Grundfragen sein:

Schließt eine Krankheit die andere aus?

Vermehrt oder vermindert sie deren Auftreten?

Wird eventuell der klinische Verlauf bei der einen oder anderen beeinträchtigt?

In dieser Arbeit seien diese Fragen auf die Epilepsie bezogen.

Während *Griesinger*, *Sulger-Büel*[1]) u. a. in ihren Arbeiten über die Wechselbeziehungen zwischen Geisteskrankheiten und Karzinom zu dem Schluß kommen, daß das Karzinom bei Geisteskranken wesentlich weniger als bei psychisch Gesunden vorkommt, konnte *Volland*[2]) auf Grund seiner klinischen Erfahrungen und vorgenommenen Obduktionen in der Anstalt Bethel nachweisen, daß das Karzinom bei Epileptikern prozentual deutlich seltener auftritt, als bei Gesunden. In einer Zeitspanne von 15 Jahren fand er unter 1600 Gesamttodesfällen bei Epileptischen nur in 18 Fällen Vorkommen von Karzinom, d. i. 1,1%. Bei lediglicher Berücksichtigung der Todesfälle jenseits des 40. Lebensjahres beträgt nach *Volland* der Prozentsatz 3,1, d. i. weniger als $1/2$ bis $1/4$, der in der wissenschaftlichen Literatur, den Forschungsergebnissen der Deutschen Krebsgesellschaft und der in den Statistiken von Lebensversicherungsgesellschaften angegebenen Prozentzahlen (7—12%). Ähnliche Werte, wie die von diesen ermittelten, finden

sich auch bei dem Pflegepersonal der Betheler Anstalten, das unter den gleichen äußeren Bedingungen wie der Epileptiker lebt. *Hahn*[3]) und *Ganter*[4]) konstatierten 1,7% bzw. 2,9% Karzinomhäufigkeiten bei Epileptikern.

Die folgende klinische Abhandlung umfaßt die Fälle des Karzinomvorkommens bei Epileptikern in der Anstalt Bethel-Bielefeld von 1892 bis zum Mai 1933. In diesen etwas mehr als 41 Jahren verstarben in der Anstalt Bethel 4646 Epileptiker, davon 43 an Karzinom (0,92%). Dazu kommen zwei weitere Karzinomerkrankungen ohne Exitus letalis. Von diesen 45 Karzinomfällen, 34 Frauen und 11 Männer betreffend, sind im folgenden 27 klinisch besprochen. Bei 18 Fällen, die zumeist Aufnahme- und Abgangsjahrgänge des vorigen Jahrhunderts angehen, war die klinische Ausbeute heute so gering, daß sie nicht zu verwerten war. Für die Auswahl der 27 beschriebenen Fälle waren natürlich lediglich Verwendbarkeitsgründe maßgebend (Vorhandensein und Brauchbarkeit der Krankengeschichte, Anfallsbogen und Operations-, sowie Sektionsprotokolle). Die 27 Fälle betreffen 22 epileptische Frauen und 5 epileptische Männer, d. i. vielleicht eine höhere Prozentzahl für Frauen — bei etwa gleichem Anteil an der Gesamttodeszahl — als größere Statistiken angeben.

Übersicht über die 27 Fälle von Karzinomerkrankung bei Epileptischen (chronologisch nach Abgangsdatum geordnet).

I. (Fall 1—20): Verschwinden oder deutliche Veränderung der Insulte quantitativ und qualitativ vor der nachweisbaren Karzinomerkrankung.

Nr.	Name	Art der Insulte längere Zeit vor den ersten Symptomen des Karzinoms	Art des Ka.
1.	Friedrike G.	Bis ca. 1 Jahr vorher 5—12 g. m [1]) und 25—70 p. m.[2]) im Quartal .	Leberka.
2.	August M.	Bis 3 Jahre vorher etwa alle 3 Wo. 1 g. m.	Ösophaguska.
3.	Sophie K.	Bis ca. 1½ Jahre vorher langsames Zunehmen der p. m. und Auftreten von g. m.	Leberka.
4.	Emilie K.	Bis 3 Jahre vorher wechselnd viele Insulte (g. m. und p. m.)	Uteruska.
5.	Elisabeth Sch....	Bis ca. ½ Jahr vorher 2—73 p. m. im Quartal	Portioka.
6.	Auguste K.	Bis 3 Jahre vorher 12—15 g. m. und 50—150 p. m. jährlich	Oberkieferka.
7.	Christine U.	Bis 14 Jahre vorher alle 3—4 Wochen Gruppenanfälle	Genitalka.

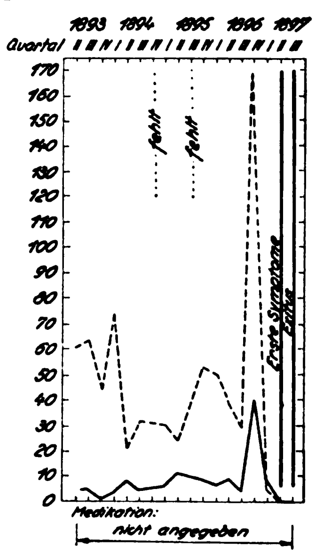
[1]) g.m. = grand mal = ausgebildeter Anfall.

[2]) p.m. = petit mal = »Schwindel« = vertigo = nicht vollentwickelter epil. Insult.

Nr.	Name	Art der Insulte längere Zeit vor den ersten Symptomen des Karzinoms	Art des Ka.
8.	Heinrich B.	Bis ca. 2 Jahre vorher 10—70 p.m. im Monat, seltener g. m.	Unterlippenka.
9.	Charlotte R.	Bis ca. 1/2 Jahr vorher 1—3 g. m. im Monat	Rektumka.
10.	Caroline B.	Bis 5 Monate vorher durchschnittlich 3 g. m. und 4 p. m. im Monat	Magenka.
11.	Georg G.	Bis ca. 1 Jahr vorher 35—70 g. m. im Jahr, seltener p. m..........	Ösophaguska.
12.	Marie St.	Bis 2 Jahre vorher 16 g. m. im Durchschnitt jährlich, bis 1 Jahr vorher etwa die Hälfte	Uteruska.
13.	Wilhelmine E. ..	Bis 4 Jahre vorher 30—165 g. m. und 50—280 p. m. im Jahre dann Rückgang zunächst der g. m. ...	Magen- und Gallenblasenka.
14.	Otto M.	Bis stark 1 Jahr vorher im Monat 2—4 g. m.	Magen- und Leberka.
15.	Marie J.	Bis ca. 1 Jahr vorher täglich mehrere g. m., seltener p. m.............	Magenka.
16.	Katharine L. ...	Bis ca. 2 Jahre vorher 30—60 p. m. bis ca. 1 Jahr vorher 20—50 g. m.	Gallenblasen- u. Leberka.
17.	Johanne L.	Bis ca. 4 Jahre vorher wechselnd viel Insulte	Ovarialka.
18.	Max D.	Bis 8 Jahre vorher g. m., alle 2—3 Wochen, meist gruppenweise, bis 7 Jahre vorher zuweilen p. m. ..	Kehlkopfka.
19.	Katharine R.....	Bis 5 Jahre vorher 12—19 g. m. und 65—90 p. m. im Jahre, dann Abnahme der g. m. und Zunahme der p. m.	Brustka.
20.	Anna G.	Bis 4 Jahre vorher 1—4 p. m. im Quartal, dann Zunahme der p. m. auf 11—33. Im Jahre vorher 1 p. m.	Uteruska.
	II. (Fall 21—27): Keine deutliche Beeinflussung der Insulte vorher.		
21.	Johanne G. ...	Im Monat 3—5 g. m. und 1—3 p. m.	Pyloruska.
22.	Anna D.	Im Jahre 30—80 g. m. und mehrere hundert p. m.	klinisch: Leberka.
23.	Wilhelmine Sch.	Im Jahre 2—3 g. m. und ebensoviele p. m.	Uteruska.
24.	Bertha M.	Bis 2 Jahre vorher 3—9 p. m. und 2 g. m. im Monat, dann 1 g. m. im Monat	Mammaka.

Nr.	Name	Art der Insulte längere Zeit vor den ersten Symptomen des Karzinoms	Art des Ka.
25.	Johanne S.	Im Quartal 1—18 g. m. und 50 bis 200 p. m.	Mammaka.
26.	Lina N.	Im Jahre 40—70 g. m. und 20—90 p. m.	Brustka.
27.	Erna Sch........	Im Quartal 3—12 g. m. und 5—26 p. m.	Ovarialka.

Fall 1: Friedrike G. Aufgen. 1891 in ihrem 59. Lebensjahr. Anamnese: nicht angegeben, außer daß Pat. fast täglich Krämpfe habe



und hochgradig schwachsinnig sei. Aufnahmebefund: nicht niedergelegt. Verlauf: Es sind nur Anfälle[3]) und Schwindel[3]) eingetragen. Von 1893 bis 2. Quartal 1896 (64. Lebensj.) 5—12 g.m. im Quartal und 25—70 p.m. in der gleichen Zeit. Im 4. Quartal 1896 wurden bei 40 g.m. 169 p.m. beobachtet, eine Summe, die nie zuvor in der gleichen Zeitspanne erreicht wurde. Im nächsten Quartal (drei ersten Monate 1897) 9 g.m. und nur 5 p.m., d.i. die niedrigste Summe von Schwindeln[3]), die je zu verzeichnen war. In diesem Quartal ist noch — wie früher — auf dem Anfall-

[3]) »Schwindel« = nicht voll entwickelter Anfall, petit mal, vertigo. Im Gegensatz dazu ist das Wort »Anfall« nur für die vollentwickelten epileptischen Anfälle (grand mal) verwendet.

[4]) Für die beigefügten Kurven sind die Achsenmaaßeinteilungen unter dem Gesichtspunkt der Zweckmäßigkeit gewählt. Sofern es sich bei der waagrechten Achse um Jahre handelt, sind diese oben angegeben. Monate

bogen unter »körperliches Befinden« die Bemerkung »ziemlich gut« eingetragen. Im 2. Quartal 1897 nur 1 g.m. und keine Schwindel mehr. Bericht lautet: »Leidet an Leberkrebs.« Im 2. Quartal keine Insulte mehr. Exitus letalis am 22. Juli 1897.

Beurteilung: In diesem Falle von Leberkarzinom bei einer nicht näher zu differenzierenden Epilepsie ist festzustellen, daß bis 1 Jahr vor dem manifesten Karzinom die Anfälle[3]) und Schwindel[3]) sich summarisch innerhalb einer gewissen Grenze bewegten. Im folgenden Quartal — dem ersten Vierteljahr des letzten Lebensjahres — wird eine Gesamtzahl von Schwindeln erreicht, die etwa das $2^1/_2$fache des früheren Maximums darstellt. In diesem Zeitabschnitt übersteigt die Menge der schweren Anfälle das Dreifache des früheren Maximums. Im darauffolgenden Quartal entspricht die Summe der Anfälle dem früheren Durchschnitt. Die Menge der Schwindel beträgt nur ein Fünftel des früheren Minimums. Damals noch keine manifesten Anzeichen des Karzinoms. Im vorletzten Lebensvierteljahr nur ein Anfall und keine p.m. mehr. Im Bericht ist die Erkrankung an Leberkrebs mitgeteilt. Im letzten Quartal keine Insulte mehr, es bestand da, wie vielleicht auch schon im vorhergehenden Vierteljahr Cachexie.

Fall 2: August M. Aufgen. 1897 in seinem 42. Lebensjahr. Anamnese: Seit dem 18. Lebensjahr Krämpfe. Etwa alle drei Wochen ein Anfall. Letzter Anfall war vor drei Jahren (in seinem 39. Lebensjahr.) Aufnahmebefund: Exophthalmus. Pupillen eng, aber Reaktion prompt. Neigt zu Alkoholexzessen. Ruhig, fleißig, nicht beschränkt. Verlauf: In der Anstalt keine Insulte. Im Nov. 1897, in seinem 42. Lebensjahr Schluckbeschwerden, als erstes Symptom des daraufhin festgestellten Oesophaguska. nahe der Cardia. Unter den Anzeichen zunehmender Stenose am 27. März 1898 gestorben. Die Sektion bestätigte die klinische Diagnose.

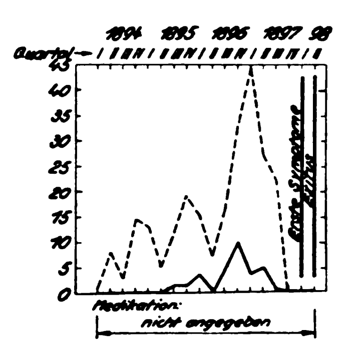
Beurteilung: Mehr als drei Jahre vor den ersten Anzeichen des Oesophaguska. anfallsfrei, während früher jahrelang mit ziemlicher Regelmäßigkeit alle drei Wochen ein Anfall auftrat, bei wahrscheinlich symptomatischer Epilepsie.

Fall 3: Sophie K. Aufgenommen 1893 in ihrem 44. Lebensjahr. Anamnese: Rechter Arm von Kind an teilweise gelähmt. Seit dem 14. Lebensjahr Krämpfe. Bisher alle 2—3 Tage — dann zumeist mehrere — leichte Krampfanfälle. Ziemlich beschränkt. Aufnahmebefund: Außer Parese des rechten Armes und Schwachsinn kein pathologischer Befund verzeichnet. Verlauf: 1895 (46. Lebensjahr) deutliche Zunahme der Schwindel und Auftreten von schweren Anfällen, letztere nahmen 1896 weiter zu und gehen 1897 zahlenmäßig zurück, wobei im 4. Quartal keine Insulte mehr auftreten. Am Ende des ersten Quartals 1898 (49. Lebensjahr) erste Anzeichen des Leberkarzinoms. Am 8. Mai 1898 Exitus letalis.

---

sind durch zwei Buchstaben bezeichnet, für Quartale sind römische Ziffern gewählt. Die ausgezogenen Kurven bezeichnen vollentwickelte epileptische Anfälle (grand mal), unterbrochenen Linien »Schwindel« (petit mal), und zwar summarisch für die oben angegebene Zeitspanne. Kurven sind nur den eindrucksvollsten Fällen beigegeben.

Beurteilung: Im 46. Lebensjahr treten schwere Anfälle auf, die im nächsten Jahre zahlenmäßig zunehmen, während sie in den folgenden

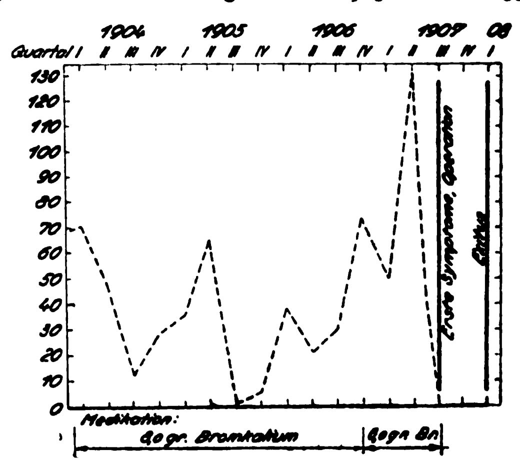


Jahren deutlich gleich den Schwindeln abnehmen. In den letzten drei Lebensvierteljahren keine Insulte mehr. Offenbar symptomatische Epilepsie.

Fall 4: Emilie K. Aufgenommen 1895 in ihrem 37. Lebensjahr. Familienanamnese: Mutter hat als junges Mädchen Krämpfe gehabt. Vater war Trinker. Anamnese: Seit ihrem 5. Lebensjahr Krämpfe. Aufnahmebefund: Aus dem kurzen Status ist kein pathologischer Befund zu entnehmen. Psychisch: ziemlich schwachsinnig, Kenntnisse gering, ist zänkisch und unzufrieden. Verlauf: Wechselnd viel Anfälle und Schwindel, im Monat 6—12 Insulte. 1903 (45. Lebensj.) Abnahme der g.m. und p.m. Ab 1904 keine Insulte mehr. 1907 (49. Lebensj.) Meteorismus, Harnverhaltung, Blutungen unregelmäßiger Art. Portioca festgestellt. Im gleichen Jahre Exitus. Sektion ergibt: Ein in die Blase durchgebrochenes Uteruska.

Beurteilung: Seit vier Jahren vor dem manifest gewordenen Uteruska. bei offenbar symptomatischer Epilepsie keine Insulte mehr.

Fall 5: Elisabeth Sch. Aufgenommen 1903 in ihrem 35. Lebensjahr.



Anamnese: Bei einer Untersuchung wurde venerische Infektion (?) festgestellt. Trinkerin, Ehebruch, Strafen. Im 24. Lebensj. im Anschluß an die dritte Geburt die ersten Krämpfe. Zumeist wöchentlich mehrere Anfälle. Aufnahmebefund: Zunge weicht wenig nach rechts ab. Patellar-S.R. bds. sehr lebhaft. Fluor albus. Verlauf: Pat. hat nur Schwindel in sehr verschiedener Zahl. Bis zum ersten Quartal 1907: 2—73 p.m. im Vierteljahr. In den beiden ersten Monaten des zweiten Quartals 1907 (39. Lebensj.) 130 p.m., eine Summe, die vorher nie erreicht wurde. Dann ab Juni 1907 keine Insulte mehr. Im Juli 1907 Uteruska. operativ sichergestellt. Übelriechender Fluor bestand schon Jahre vorher, war aber vielleicht durch die venerische Infektion bedingt. Januar 1908 Exitus letalis.

Beurteilung: Die Schwindel bei sicher symptomatischer Epilepsie hören zwei Monate vor den ersten sicheren Symptomen des Portiokarzinoms mit einer nie erreichten Höhe auf, $^1/_2$ Jahr später Exitus.

Fall 6: Auguste K. Aufgen. 1892 in ihrem 37. Lebensj. Familienanamnese: Schwester der Mutter geisteskrank. Anamnese: Seit dem dritten Lebensj. Krämpfe, meist alle 1—2 Wochen ein Anfall. Allmählicher geistiger Rückgang. Aufnahmebefund: Nervus facialis innerviert links weniger gut als rechts. Keine Menses mehr (37. Lebensj.). Erheblicher Schwachsinn. Verlauf: Bis 1907 (51. Lebensj.) zwischen 12 und 15 Anfälle und 50—150 Schwindel jährlich. 1908 nur 2 g.m. bei 65 p.m. 1909 fehlt Anfallbogen, Anmerkung: »nur noch Schwindel«. 1910: »keine Anfälle mehr, nur noch wenige Schwindel.« 1911: nur im März 12 p.m. Im Dez. 1910 Auftreibung am linken Oberkiefer: Karzinom. April 1911: das Karzinom zerstörte den ganzen linken Oberkiefer und brach unterhalb der linken Augenhöhle nach außen durch. 24. April 1911 Exitus letalis.

Beurteilung: Während bis vier Jahre vor dem manifesten Oberkieferka. die Anfälle und Schwindel innerhalb einer gewissen Grenze ziemlich konstant blieben, verringerten sich die Anfälle im dritten letzten Jahre deutlich, um dann ganz zu verschwinden. Seit einem Jahr vor den ersten Symptomen des Karzinoms auch Abnahme der Schwindel bei offenbar symptomatischer Epilepsie.

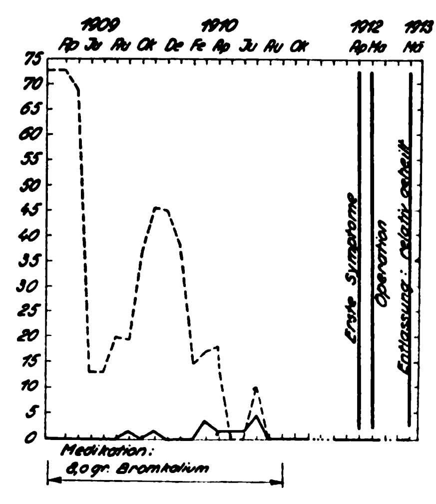
Fall 7: Christine U. Aufgen. 1891 in ihrem 39. Lebensj. Familienanamnese: Eine Schwester blind. Anamnese: Im 27. Lebensj. die ersten Krämpfe. Anfänglich alle vier Wochen, meist in Gruppen auftretende Anfälle. Aufnahmebefund: Der kurze Status ergibt keinen krankhaften Befund. Verlauf: Krankengeschichte gibt kaum Aufschluß. Auch systematische Zahlenangabe der Insulte fehlt. Doch ist aus den Aufzeichnungen zu schließen, daß die Anfälle zunächst durch die Anstaltsbehandlung nicht zu beeinflussen waren. Sicher ist, daß seit Februar 1897 (45. Lebensj.) keine Insulte mehr aufgetreten sind. Am 31. 8. 1911 an Genitalkarzinom gestorben.

Beurteilung: Bei offenbar symptomatischer Epilepsie seit 14 Jahren vor dem Tode an Genitalka. (Uterus und Adnexe) keine Insulte mehr.

Fall 8: Heinrich B. Aufgen. 1908 in seinem 44. Lebensj. Anamnese: Zog sich eine Phosphornekrose des linken Oberkiefers zu, der reseziert wurde. Leidet seit ca. 10 Jahren an Krampfanfällen (34. Lebensj.). Zunächst nur Schwindel, seit einem Jahr auch Anfälle. Fast täglich mehrere schwere Anfälle, zuweilen gruppenweise. Aufnahmebefund: Schädelumfang 57,5 cm. Patellar-S.R. bds. lebhaft. Demenz, sehr klagsam. Verlauf: Bis

April 1910 (45. Lebensj.) 10—70 Schwindel im Monat und seltenere Anfälle. Im Frühjahr 1912 wird Verhärtung in der Unterlippe bemerkbar, die langsam an Größe zunimmt und exzidiert wird: Karzinom. Im März 1913, ohne daß wieder Insulte aufgetreten sind, relativ geheilt, auf Wunsch entlassen.

Beurteilung: Während vom 34.—44. Lebensj. bei sicher symptomatischer Epilepsie ziemlich viele Schwindel und nur seltener ein großer Anfall auftreten, gehen im 45. Lebensj. die Schwindel an Zahl deutlich zurück, während in diesen Jahren etwas mehr vollentwickelte



Anfälle auftreten. Fast zwei Jahre vor den ersten Symptomen des Lippenkarzinoms Aufhören der Insulte.

Fall 9: Charlotte R. Aufgen. 1910 in ihrem 56. Lebensj. Familienanamnese: Vater Trinker, sieben Geschwister gestorben. Anamnese: Im 13. Lebensj. die ersten Krämpfe. Zuletzt ca. alle zwei Wochen ein g.m. Aufnahmebefund: Rechte Pupille weiter als die linke, träge Pupillenreaktion bds. Patellar-S.R. bds. gesteigert. Stottert stark. Verlauf: Im Monat 1—3 Anfälle, bis April 1912 (58. Lebensj.), dann insultfrei. Im Nov. 1912 Rectumbeschwerden, ca. 5 cm oberhalb des Sphincter ani eine zylinderförmige, bewegliche Verengung digital fühlbar. Dez. 1912 Resektion: Karzinom. 1913: im Februar Pyelonephritis, März: Pneumonie, Exitus.

Beurteilung: Vom 13.—58. Lebensj. wechselnd viele Anfälle. Im Jahre vor dem Auftreten der ersten Symptome des Rectumka. Anfallsverminderung, $^1/_2$ Jahr vorher insultfrei. Offenbar symptomatische Epilepsie.

Fall 10: Karoline B. Aufgen. 1893 in ihrem 34. Lebensj. Anamnese: Im 19. Lebensj. heftiger Sturz auf den Vorderkopf. Im 31. Lebensj. die ersten Krämpfe, ziemlich beschränkt. Verlauf: Durchschnittlich 3 g.m. und 4 p.m. im Monat. Im August 1913 höchste Zahl der Anfälle erreicht: 10 g.m. bei 2 p.m. Im Sept. 1913 keine Insulte, im Okt. 1913 2 g.m. und 3 p.m. Von da ab keine Insulte mehr. Im Nov. 1913 (55. Lebensj.) Magenbeschwerden, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, als erste

Symptome des später sichergestellten Magenkarzinoms. Am 28. 1. 1914 Exitus.

Beurteilung: Seit dem 31. Lebensj. bis fünf Monate vor den ersten Symptomen des Magenka. ziemlich gleichmäßig wenige Anfälle und Schwindel bei vielleicht traumatischer Epilepsie. Im folgenden Monat Häufung der Anfälle bis zu einer früher nie erreichten Zahl. Im darauffolgenden Monat insultfrei, sodann noch einmal die frühere Insultsumme. Mit dem Auftreten der ersten Symptome des Magenka. war Pat. wieder einen Monat insultfrei und blieb es bis zu dem ein Vierteljahr später eintretenden Tode.

Fall 11: Georg G. Aufgenommen 1897 in seinem 20. Lebensj. Familienanamnese: Eine Schwester ist idiotisch, eine andere und ein Bruder leiden an Porencephalie. Anamnese: Spontangeburt. Seit dem 12. Lebensj. epileptische Anfälle (nach Annahme der früheren Anstalt infolge Porencephalitie), 6—10 Anfälle monatlich. Aufnahmebefund: Hochgradige Verkrümmung und Atrophie des linken Armes. Linke Thoraxhälfte schmäler als die rechte. Sehnen- und Periostreflexe im ganzen links stärker als rechts. Sensibilität links herabgesetzt. Strabismus convergens des linken Auges. Der linke Facialis innerviert nur schwach. Geringe Atrophie des linken Beines. Patellar-S.R. links stärker als rechts. Verlauf: Vom 12. Lebensjahr bis Okt. 1915 (38. Lebensj.) ziemlich konstant 35—70 g.m. im Jahre, nur selten ein p.m. Von dann an insultfrei. Im folgenden Jahr 1916 Anzeichen einer Speiseröhrenverengerung, die sehr schnell — innerhalb 3—4 Monate — zum völligen Verschluß führt. Am 19. 6. 1916 verstorben.

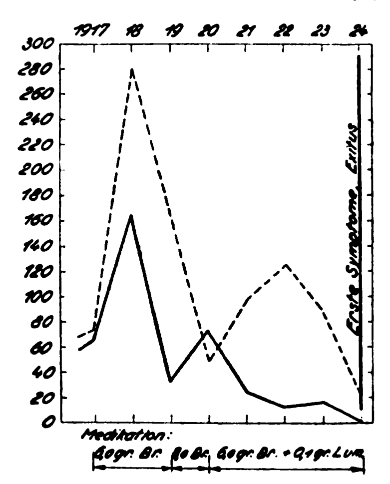
Beurteilung: Vom 12. bis 38. Lebensj. ziemlich konstant auftretende Anfälle, bei sicher symptomatischer Epilepsie. Ca. $^1/_2$ Jahr vor dem ersten Anzeichen eines Oesophaguska. Ausbleiben der Anfälle.

Fall 12: Marie St. Aufgen. 1917 im 59. Lebensj. Anamnese: Im 39. Lebensj. erster Anfall. Letzte Menses im 47. Lebensj. Aufnahmebefund: Rechte Pupille leicht exzentrisch, reagiert weniger gut als die linke. Verlauf: Früher im Jahre durchschnittlich 17—20 Anfälle. Seit 1919 deutlicher Rückgang derselben auf 8 g.m. pro Jahr, in den folgenden Jahren ungefähr in gleicher Höhe bleibend. Nach 1920 (62. Lebensj.) keine Insulte mehr. 1919 erste Symptome eines Portioka. Röntgenbestrahlung. 1920: Tumor wächst rapide, füllt nunmehr das ganze kleine Becken aus: inoperales Uteruskarzinom. Haut welk, Gewichtsabnahme, Cachexie. 1921: weitere Gewichtsabnahme, Blutungen, Zerfall. Nov. 1921: 23 subcutane Injektionen von Novantimeristen. 1922: Ausfluß läßt nach und ist nicht mehr so übelriechend. Schlaf und Appetit bessern sich. Subjektiv: Wohlbefinden. Gute Gewichtszunahme (1,5 kg gegenüber dem Vorjahr). 1923: Weitere Gewichtszunahme um 1 kg, Haut wieder straff und besser durchblutet. Nur zuweilen noch geringe Blutungen. Beschäftigung außer Bett. Juni 1923: Pleuritis exsudativa. 1924: starker Verfall mit heftigem Fieber, 16. Febr. 1924 Exitus. Die Sektion ergibt: Uterus in krebsiges Narbengewebe umgewandelt. In beiden Lungen peribronchitische tuberkulöse Herde.

Beurteilung: Zunächst ist es interessant festzustellen, daß bei einem ausgedehnten Karzinom des Uterus mit Ausmauerung des ganzen kleinen Beckens praktisch eine Heilung erzielt wurde: Klinisch auffallende Bes-

serung des Zustandes, die Sektion und histologische Untersuchung ergaben an Stelle des Karzinoms nur noch krebsiges Narbengewebe. Es ist natürlich schwer festzustellen, welchem Umstand das Verdienst an dieser Heilung zukommt. Doch hatte die Röntgenbestrahlung offenbar keinen Erfolg. Die damalig behandelnden Ärzte sind geneigt, einen Erfolg der Novantimeristen-Injektionen anzunehmen. Für unser Thema ist die Feststellung wichtig, daß die Anfälle 1919, in dem Jahre, in dem die ersten Symptome des Uteruska. auftreten, um mehr als die Hälfte unter dem früheren Minimum liegen und daß nach 1920 bis zum Tode, 1924, Insulte nicht mehr auftreten. Es handelt sich hier um eine Spätepilepsie.

Fall 13: Wilhelmine E. Aufgen. 1897 in ihrem 34. Lebensj. Anamnese: Im 13. Lebensjahr erste Anfälle. Aufnahmebefund: Hoher, spitzer Gaumen, Pupillen ziemlich eng, Reaktion normal. Verlauf: Bis 1920 reichlich viel Anfälle (30—165) und sehr viele Schwindel (50—280 im Jahre). Ab 1921 deutlicher Rückgang der schweren Anfälle: 25 g.m. im Jahre, in den folgenden beiden Jahren 12 g.m. und 15 g.m. Kein Rückgang der p.m. 1924 nur noch ein Anfall. In diesem Jahre Oedeme der Beine, Anämie, Hinfälligkeit. Im Juni Ascites und Ikterus. In der Gegend des Magenausgangs und der Gallenblase derber höckeriger Tumor palpabel, der sich später als Karzinom erweist. Am 4. 7. 24 Exitus.



Beurteilung: Seit drei Jahren vor Auftreten der ersten Symptome des Magenkarzinoms deutlicher Rückgang der Anfälle. Im letzten Lebenshalbjahr — allerdings bei Cachexie — nur noch 1 g.m. Keine bemerkenswerte Verminderung der Schwindel bei sicher symptomatischer Epilepsie.

Fall 14: Otto M. Aufgen. 1924 in seinem 44. Lebensjahr. Anamnese: Ein Jahr vor der Anstaltsaufnahme doppelter Schädelbruch. Neun Monate nach dem Unfall Krämpfe, etwa alle 1—2 Wochen 1 g.m. Aufnahmebefund: Rechtsseitige Parese. Geringer Nystagmus. Romberg: starkes Schwanken. Biceps-, Triceps-, Ulna- und Radius-Periostrefl. rechts gesteigert. Verlauf: In der Anstalt keine Anfälle mehr. Seit Okt. 1925 Gewichtsabnahme, die 1926 rapide fortschreitet. Leber überragt den

Rippenbogen um zwei Querfinger. Röntgenologisch: Verdacht auf Karzinom in der Pylorusgegend. Am 29. 4. 1926 Exitus.

Beurteilung: Während bei offenbar traumatischer Epilepsie in früheren Jahren etwa alle 1—2 Wochen ein Anfall auftrat, blieb Pat. seit der Anstaltsaufnahme, also mindestens $1^1/_2$ Jahre vor dem Auftreten der ersten Symptome eines durch Sektion sichergestellten Magen- und Leberka. insultfrei.

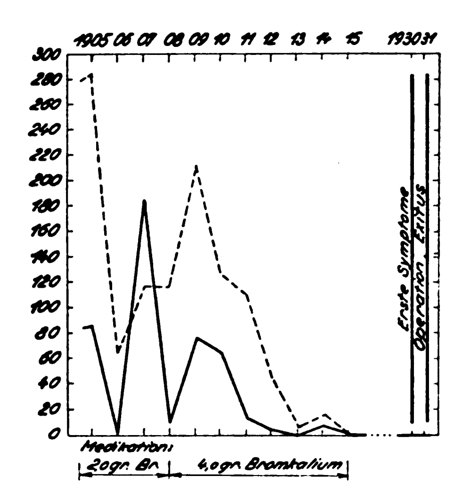
Fall 15: Marie J. Aufgen. 1927 in ihrem 46. Lebensj. Familienanamnese: Vater an Magenka. gestorben. Eine Schwester der Mutter litt an Epilepsie. Anamnese: Im zweiten Lebensjahr Lähmung der linken Seite und Krämpfe. Im 7. Lebensj. Wiederauftreten der Krämpfe. Zumeist drei Anfälle in 24 Stunden, zeitweise Schwindel. Aufnahmebefund: Linke obere Extremität schwächer entwickelt als die rechte. Verlauf: In der Anstalt nur noch 1 p.m. (im Sept. 1927) beobachtet. Im Jan. 1928 Fieber, Obstipation, Erbrechen. Röntgenaufnahme: Verdacht auf Magenulcus. Im Verlauf des Jahres: Eindruck eines ausgedehnten Tumors (Magenka.?) Im hinteren Scheidengewölbe haselnußgroße derbe Geschwulst fühlbar. Mai 1928 Probelaparotomie. Am 24. 5. 1928 Exitus. Sektion ergibt ausgedehntes Magenka. und Karzinose des Abdomens.

Beurteilung: Während bei sicher symptomatischer Epilepsie früher sehr häufige Insulte auftraten (oft 3 g.m. in 24 Stunden), ist seit der Anstaltsaufnahme — und zwar gleich im Anfang — nur 1 p.m. zu verzeichnen. Pat. war also zumindest ein Vierteljahr vor Auftreten der ersten Symptome des Magenka. insultfrei.

Fall 16: Katharine L. Aufgen. 1898 in ihrem 22. Lebensj. Familienanamnese: Vater epileptisch und Trinker. Anamnese: Im 6. Lebensj. die ersten epileptischen Insulte, die allmählich stärker und häufiger wurden. Aufnahmebefund: Beide Pupillen zeigen träge Reaktion, bes. die linke. Verlauf: Zunächst nur Schwindel, später monatlich 20—50 g.m. und 30—60 p.m. 1926, im 50. Lebensj., deutliche Abnahme der Schwindel. Anfallssumme noch ungefähr gleich hoch. 1927 nur noch 1 g.m. und 8 p.m. Ende 1927 fortschreitende Gewichtsabnahme. April 1928 (52. Lebensj.) Ikterus, Temperaturen, Verfall. 29. 4. 28 Exitus letalis. Sektion ergibt: Gallenblasen- und Leberka.

Beurteilung: Vom 6. bis 50. Lebensj. bei offenbar symptomatischer Epilepsie zunächst viele Schwindel, später auch voll entwickelte Anfälle. Im 50. Lebensj., d. h. ca. zwei Jahre vor den ersten Symptomen des Gallenblasen- und Leberka. deutliche Abnahme zunächst der Schwindel, ein Jahr später auch fast völliges Verschwinden der Anfälle.

Fall 17: Johanna L. Aufgen. 1877 in ihrem 16. Lebensj. Familienanamnese: Mutter und eine jüngere Schwester epileptisch. Anamnese: Im 16. Lebensj. erster Anfall. Aufnahmebefund: Nichts Besonderes angegeben, außer daß die Sensibilität im ganzen rechts herabgesetzt erscheint. Verlauf: Insulte in der Zahl verschieden. Deutlicher Rückgang seit 1912, in ihrem 50. Lebensj. Seit dem zweiten Halbjahr 1914 keine Anfälle und Schwindel mehr. Seit 1930 (68. Lebensj.) ziehende Schmerzen im Leib, Erbrechen, Appetitlosigkeit. 1931 Röntgenaufnahme: Verdacht auf Pyloruska. Operation: Karzinom des rechten Ovars, das aus einem glandulären Ovarialzystom hervorgegangen sein könnte. März 1931: Ausgedehnter Tumor der Oberbauchgegend palpabel. Exitus.



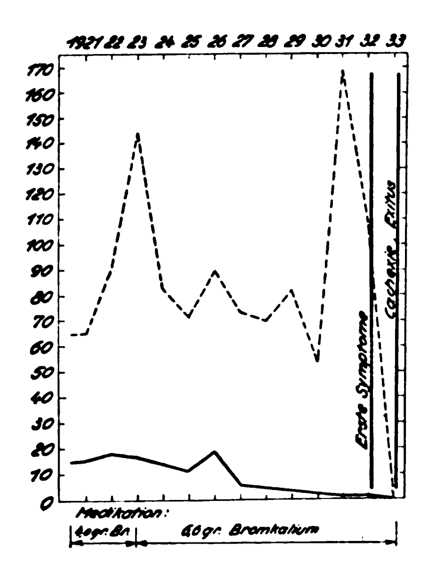
Beurteilung: Von ihrem 16.—52. Lebensj. bei offenbar symptomatischer Epilepsie sehr viele Anfälle und Schwindel. Dann vollkommenes Verschwinden der Insulte, 16 Jahre vor dem Manifestwerden eines Ovarialka.

Fall 18: Max D. Aufgen. 1923 in seinem 41. Lebensj. Anamnese: Während der ersten Lebensjahre Krämpfe. Im 7. Lebensj. Typhus und Scharlach. Im 23. Lebensj. Wiederauftreten der Krampfanfälle. Anfälle zumeist alle 2—3 Wochen, oft gruppenweise. Zuweilen Schwindel. Aufnahmebefund: Muskulatur des linken Unterarmes schwächer als die des rechten. Rechts völlige Taubheit, auch für Knochenleitung. Gaumenrefl. fehlt. Verlauf: Anfälle bis 1923, Schwindel bis 1924, an Zahl ziemlich verschieden. Im Juli 1931, in seinem 50. Lebensj. tritt Heiserkeit auf. Im Febr. 1932 Verdacht auf Kehlkopfka. Im unmittelbaren Anschluß an die Kehlkopfexstirpation Pleuritis und Exitus.

Beurteilung: Während Pat. bei offenbar symptomatischer Epilepsie vom 23.—43. Lebensj. permanent Anfälle und Schwindel hatte, wird er acht Jahre, bzw. sieben Jahre vor den ersten Symptomen eines später sichergestellten Kehlkopfka. insultfrei.

Fall 19: Katharine R. Aufgenommen 1921 in ihrem 43. Lebensj. Anamnese: Im 16. Lebensj. die ersten Krämpfe, fast tägl. 2—3 Anfälle. Aufnahmebefund: Pulsus tardus, sonst o.B. Verlauf: Bis 1926 (48. Lebensj.) ziemlich regelmäßig, im Jahre 12—19 g. m. und 65—90 p. m. Bei gleicher Therapie sinken von 1927 an die Anfälle über 5, 4, 3, 2 auf 1 g. m. pro Jahr. 1931 und 1932 je 1 g. m.

In diesen beiden Jahren steigt die Summe der Schwindel auf 168 p. m. im Jahre 1931 und 102 p. m. im ersten Halbjahr 1932, Zahlen, die vorher nie erreicht wurden. Im zweiten Halbjahr 1932 nur noch 6 p. m. Im Januar 1932 ziehende Schmerzen im Leib und Rücken. 5. 3. 33 verstorben. Sektion ergibt: Kleines derbes Karzinom der linken Mamma. Ausgedehnte Metastasen in der Hälfte aller Wirbelkörper, von denen mehrere am Zusammenbrechen sind. Linke Schläfenbeinschuppe krebsig durchsetzt.



Beurteilung: Seit vier Jahren vor den ersten Symptomen der Knochenkarzinommetastasen sehr schnelles stetiges Absinken der Anfallssumme. Im Jahre vor und im Halbjahre dieser ersten Metastasensymptome starke Häufung der Schwindel, die eine früher nie erreichte Höhe erlangen. Nach Auftreten der starken Beschwerden infolge der Knochenmetastasen nur noch sehr wenige Schwindel bei fraglich genuiner Epilepsie.

Fall 20: Anna G. Aufgen. 1925 in ihrem 45. Lebensj. Anamnese: Lernte spät sprechen und laufen. Erste Menses mit 17 Jahren, zumeist unregelmäßig. Im 25. Lebensj. die ersten Anfälle. Aufnahmebefund: Kleiner mikrozephaler Schädel (Umfang 53 cm), Sehnenrefl. im ganzen stark herabgesetzt. Verlauf: Bis zum zweiten Quartal 1926, in ihrem 48. Lebensj., $1^1/_2$ Jahr nach Anstaltsaufnahme 1—4 p. m. im Vierteljahr. Von dann an bis zum dritten Quartal 1928 wesentliche Zunahme der Schwindel, 11—33 p. m. im Quartal. Okt. 1928: Appendektomie. Aus der Gegend der rechten Tube dringt trübe, seröse Flüssigkeit. Im vierten Vierteljahr 1928 und im Jahre 1929 5—24 p. m. im Quartal. Im Januar 1930 unregelmäßige, leichtere Genitalblutungen. Verdacht auf Neubildung. Kurettement: Muttermund für den kleinen Finger fast durchgängig. Histologisch: chronische Endometritis, kein Karzinom. Im April 1930 immer noch Blutungen, mehrere Röntgenbestrahlungen. Im Juni 1930 kachektisches Aussehen, Verdacht auf Karzinom. Bis Juni 1931 zuweilen noch blutiger Ausfluß. Im Jahre 1930 nur 1 p. m., von dann an bis zur Zeit 1—5 p. m. im Quartal. Im Juni 1931 Blumenkohlgeschwulst der Portio uteri. Mikroskopisch: Adenokarzinom. Laparotomie: Uterus und Adenexe werden exstirpiert. In der Gebärmutter ein Schleimhautpolyp, der aus dem äußeren Muttermund herausgewachsen und karzinomatös entartet ist. Daraufhin keine Blutungen mehr.

Beurteilung: Auffallend ist: 1. daß die Schwindel, die in den drei

ersten Vierteljahren 1928 ihren Höhepunkt erreichten, nach der ersten Laparotomie (Blinddarmoperation) im Okt. 1928 für zwei Monate ganz verschwinden und in dem folgenden Monat wesentlich weniger als in den beiden letzten Jahren auftreten, 2. daß im Jahre 1930, nachdem im Januar ein Kurettement vorgenommen wurde, die Schwindel den Tiefstand von 1 p.m. im ganzen Jahre erreichen, 3. daß auch nach der zweiten Laparotomie (Uterus- und Adnexexstirpation) im Juli 1931 die Schwindel ca. $1^1/_2$ Monate ganz ausblieben und von nun an zahlenmäßig tief bleiben, im Durchschnitt 2 p.m. im Quartal. 4. daß in dem Monat, in dem Blutungen von Mensescharakter oder unregelmäßiger Art auftreten, niemals ein Schwindel zu verzeichnen ist. 5. daß überhaupt nach dem mutmaßlichen Beginn des Karzinoms, 1928, die Schwindel deutlich zahlenmäßig zurückgehen. 6. daß diese Verminderung der Schwindel mit dem Nachweis des Karzinoms 1930/31 noch deutlicher wird.

Es handelt sich offenbar um eine symptomatische Epilepsie. Pat. lebt noch heute in der Anstalt.

Fall 21: Johanne G. Aufgen. 1885 in ihrem 32. Lebensj. Anamnese: Seit dem 7. Lebensj. Krämpfe. Aufnahmebefund: In dem sehr kurzen Status kein pathologischer Befund angegeben. Verlauf: Im Monatsdurchschnitt 3—5 g. m. und 1—3 p. m., ziemlich konstant. Im Januar 1905 (52. Lebensj.) Erbrechen, Verfall. 23. 1. 05 Exitus. Sektion ergibt: Leptomeningitis chronica, Sklerose des linken Ammonshornes und Scirrhus pylori.

Beurteilung: Eine Beeinflussung der Insulte bei offenbar symptomatischer Epilepsie nicht feststellbar.

Fall 22: Anna D. Aufgen. 1889 in ihrem 27. Lebensj. Anamnese: Leidet seit dem 7. Lebensj. an Krämpfen. Aufnahmebefund: Strabismus divergens links. Nervus facialis innerviert links schwächer. Verlauf: Im Jahre mehrere hundert Schwindel und 30—80 g. m. 31. 10. 1915 unter den klinischen Erscheinungen eines Leberkarzinoms gestorben.

Beurteilung: Eine Beeinflussung der Insulte bei sicher symptomatischer Epilepsie ist nicht festzustellen.

Fall 23: Wilhelmine Sch. Aufgen. 1893 in ihrem 37. Lebensj. Anamnese: Im 21. Lebensj. Auftreten der Insulte. Aufnahmebefund: Zunge weicht nach links ab, desgleichen die Uvula. Patellar-S. R. rechts gesteigert. Verlauf: Überhaupt in der Anstalt nur wenige Insulte: 2—3 g. m. und ebensoviele p. m. im Jahre. 1916 starker Ausfluß: Gebärmutterka. klinisch festzustellen. 1917 Karzinose des Unterbauches. Am 5. 4. 1917 gestorben.

Beurteilung: Eine Beeinflussung der Insulte bei sicher symptomatischer Epilepsie durch das Uteruska. und die anschließende Karzinose ist nicht feststellbar.

Fall 24: Bertha M. Aufgen. 1910 in ihrem 36. Lebensj. Fam.-Anamnese: Mehrere Geschwister litten an Kinderkrämpfen, 8 Geschwister im Kleinkindesalter gestorben. Anamnese: Im 8. Lebensj. Gehirnentzündung. Im 12. Lebensj. die ersten Krämpfe. Aufnahmebefund: ergibt nichts Besonderes. Verlauf: Zunächst ziemlich konstant, 3—9 p. m. und 2 g. m. im Monat. Seit 1924 Verminderung der Anfälle auf 1 g.m. monatlich. 1926, in ihrem 52. Lebensj. apfelgroßer Tumor in der rechten Mamma fühlbar. Totalexstirpation der rechten Brustdrüse und Ausräumung der rechten Axillardrüsen. 2 Tage post op. Exitus. Sektion ergibt: Karzinommetastasen in der Leber.

Beurteilung: Bei sicher symptomatischer Epilepsie vermindern sich zwar etwa 2 Jahre vor dem Nachweis des Mammaka. die ausgebildeten Anfälle von 2 g. m. auf 1 g. m. im Monatsdurchschnitt, jedoch muß bei dieser geringen Maßeinheit und dem Konstantbleiben der Schwindel eine deutliche Beeinflussung der Insulte durch das Mammaka. negiert werden.

Fall 25: Johanne S. Aufgen. 1924 in ihrem 52. Lebensj. Anamnese: Im 21. Lebensj. die ersten Anfälle. Aufnahmebefund: Patellar-S. R. rechts herabgesetzt. Verlauf: 1—18 g. m. und 50—200 p. m. im Quartal. Im Okt. 1928, in ihrem 56. Lebensj., Karzinom der linken Mamma: Amputation und Drüsenausräumung. Am 28. Dez. 1928 an Pneumonie gestorben.

Beurteilung: Bei offenbar symptomatischer Epilepsie keine Beeinflussung der Insulte durch das Mammaka.

Fall 26: Karoline N. Aufgen. 1919 in ihrem 48. Lebensj. Anamnese: Im 11. Lebensj. Sturz vom Boden auf den Kopf. Ein Jahr später die ersten Krämpfe. Immer viele Anfälle, oft 10—12 am Tage. Aufnahmebefund: Kein pathologischer Befund verzeichnet. Verlauf: Bis 1924: 40—90 g. m. pro Jahr und 20—90 p. m. Dann zwar Rückgang der Anfälle, aber Vermehrung der Schwindel, die an manchen Tagen nicht zu zählen sind. In dem allerletzten Lebensmonat insultfrei: Kachexie. Am 14. März 1930 an Brustka. verstorben, dessen erste Symptome in das Jahr 1926 fallen.

Beurteilung: Auch nachdem 1926, in ihrem 55 Lebensj. ein Mammaka. feststellbar wurde, noch Anhalten der oft unzählbaren Schwindel, während die Anfälle zwei Jahre vorher zurückgingen. Es handelt sich vielleicht um eine traumatische Epilepsie. Man könnte zwar betonen, daß die Anfälle quantitativ zurückgingen, andrerseits nahmen die Schwindel so zu, daß sie oft unzählbar waren. Man mag daher eine deutliche Beeinflussung negieren.

Fall 27: Erna Sch. Aufgen. 1929 in ihrem 30. Lebensj.

Fam.-Anamnese: Vater an Leberka., Mutter an Brustka. gestorben. Anamnese: Im 4. Lebensj. Hirnhautentzündung(?) mit Lähmungen. Im Anschluß daran Krämpfe. Oft mehrere Anfälle am Tage. Aufnahmebefund: Gesichtsasymmetrie zugunsten der rechten Seite. Radius- und Ulnaperiostrefl. rechts vielleicht etwas herabgesetzt. Verlauf: 3—12 g.m. und 5—26 p.m. im Quartal. Im April 1932, in ihrem 33. Lebensjahr, Auftreibung des Bauches. Operation: doppelseitiges Ovarialka. mit multiplen Metastasen rechts. Mai 1933: Exitus letalis. Sektion: Karzinose des Bauches, vor allem des Netzes und Zwerchfells, ausgehend von einem geplatzten malignen Ovarialzystom.

Beurteilung: Deutliche Beeinflussung ist nicht feststellbar: Die Insulte bei sicher symptomatischer Epilepsie bestehen unvermindert weiter. Es ist eine sehr starke hereditäre Belastung für Karzinom feststellbar: Beide Eltern starben an Karzinom.

Gesamtbeurteilung.

Es zeigt sich, daß in 20 von 27 Fällen entweder ein Verschwinden der Insulte, eine deutliche Verminderung oder eine Umwandlung in leichtere Schwindel vor dem Auftreten der ersten Symptome des Karzinoms unverkennbar ist. In diesen 20 ersten Fällen tritt jene Umwandlung Jahre, bis mindestens Monate vor den ersten Krankheitserscheinungen des Karzinoms ein. Die Verminderung der Insulte durch die Krebskachexie ist natürlich nicht

eingerechnet, wie ja auch bekannt ist, daß während schweren Erkrankungen überhaupt, wie Verletzungen, Infektionskrankheiten usw. die epileptischen Insulte quantitativ zurückgehen. In mehreren Fällen zeigte sich, daß unmittelbar vor dem Rückgang der Insulte noch einmal eine Insultsumme erreicht wurde, wie sie vorher nie aufgetreten war, woraufhin dann der Abfall der Kurve zumeist kritisch folgt (besonders eindrucksvoll in Fall 1, 3, 5, 19). Andere Kurven fallen lytisch ab, entweder kürzere Zeit vor dem Auftreten der ersten Karzinomsymptome oder längere Zeit vorher.

Tatsächlich gehen die Insulte im höheren Alter oft spontan zurück. Jedoch ist bei den hier aufgeführten 20 Fällen der Zusammenhang mit dem Karzinom zu auffallend, zeigen doch die meisten Fälle das Verschwinden oder die starke Verminderung der Insulte unmittelbar (1—2 Jahre) vor den ersten Krankheitserscheinungen des Karzinoms. In 7 von 27 Fällen ist eine deutliche Insultverminderung nicht feststellbar, in 2 davon zumindest fraglich (Kachexie außerdem berücksichtigt). Eine Vermehrung der Insulte konnte in keinem Fall festgestellt werden. In einem Fall (F. 26) wird eine Zunahme der Schwindel deutlich, während die schweren Anfälle abnehmen. In 24 Fällen handelt es sich sicher resp. wahrscheinlich um symptomatische Epilepsien, in einem Fall (F. 19) vielleicht um eine genuine Epilepsie, in Fall 12 um eine Spätepilepsie, während in Fall 1 die Art der Epilepsie nicht mehr sicher zu ermitteln war.

In diese Arbeit sind lediglich Karzinome einbezogen, nicht verwandte maligne Tumoren, wie Adenome und Sarkome. Hirntumoren sind nicht berücksichtigt. Karzinommetastasen im Gehirn wurden in keinem Fall beobachtet.

Wichtig erscheint dem Verf. noch einmal die Feststellung, daß das Karzinom bei Epilepsie wesentlich seltener vorkommt, als in der Norm. Hier ist das Verhältnis zu den Gesamttodesfällen 0,9%. Ferner erscheint dem Verf. bei dem wenigen Vorkommen überhaupt in der Mehrzahl der Fälle (hier in 20 von 27) eine Beeinflussung unverkennbar.

Wie sind nun die das Entstehen des Krebses begünstigenden Faktoren beim Epileptiker anders? Traumen ist der Epileptische besonders häufig ausgesetzt, wenn man Zungenbisse, Anfallsverletzungen und selbst beigebrachte Traumen berücksichtigt. Durch Keimversprengungen dürfte der Epileptiker kaum mehr oder weniger als andere Menschen gefährdet sein.

Volland konnte auf Grund seiner reichen Obduktionserfahrungen bestätigen, daß der Epileptiker vor allem der Idiot oft den Status thymico-lymphaticus zeigt, dem unbestreitbar eine gewisse Resistenz gegen maligne Tumorbildung zukommt (*Engel*[5], *Sitsen*[6], *E. Freund*[7], *G. Kaminer*[7], *Nather*, *Orator*, *Morgenstern* u. a.). »Die persistierende Thymusdrüse und die weiterhin beim Epileptiker auf-

fallend häufig anzutreffende lymphatische Körperkonstitution« sind nach *Volland* »mit zu den schutzbildenden Faktoren gegen die Karzinomerkrankung zu rechnen«. Sehr häufig sind bei Epileptischen dauernde Lymphozytosen feststellbar. Außer dieser Hyperfunktion des lymphozytären Systems, dem eine antikarzinogene Bedeutung zukommen soll, wird angeführt, daß sich ein besonders erregbares und starken Schwankungen unterworfenes vegetatives Nervensystem in gleicher Richtung auswirkt (*Opitz*[8]). In den allermeisten Fällen kann man tatsächlich den Epileptischen als »vegetativ Stigmatisierten« bezeichnen.

Neben den stärkeren Schwankungen im Wasser-, Kochsalz- und Säurebasenhaushalt, die sich vielleicht in ähnlicher Richtung auswirken, dürfte größere Bedeutung dem Mineralstoffwechsel zukommen. Nach *Irvine H. Page*[9] ist anzunehmen, daß »die Ionengleichgewichte bei den verschiedenen Geisteskrankheiten nicht normal sind«. Auch *Frisch*[10] weist auf die stürmischen Stoffbewegungen im Gewebe des Epileptikers hin, deren Ausdruck im Mineralstoffwechsel die starken Schwankungen der Elektrolyte sind. Diese dürften sich auch nach *Volland* im gewissen Sinne antikarzinogen auswirken.

Wenn auch im Gasstoffwechsel wahrscheinlich stärkere Schwankungen bestehen, die unvollkommene Verbrennung annehmen lassen, so zeigen doch die meisten Epileptiker normalen Grundumsatz. Bei Anwendung von Schilddrüsenpräparaten ist neben der zu erwartenden Grundumsatzerhöhung auch ein Zunehmen der Anfälle zu konstatieren. Während der Anfälle und Erregungszustände steigt der Grundumsatz, während er bei stuporösen Kranken naturgemäß erniedrigt ist.

Eine große Bedeutung kommt sicherlich dem Eiweißstoffwechsel zu. Vor allem *Frisch* wies nach, daß dieser beim Epileptiker weit stärkeren Schwankungen unterworfen ist, als beim normalen Organismus und daß sich die Verschiebung nach der hochdispersen Albuminseite vor, während und nach der Zeit der Insulte zweifellos anfallbegünstigend, aber höchstwahrscheinlich krebsbeungünstigend auswirkt. Zur Zeit der Verschiebung nach der feindispersen Albuminseite hin, ist mit epileptischen Insulten zu rechnen, aber es dürfte dadurch auch eine antikarzinogene Wirkung vorhanden sein. Diese Rechtsverschiebung findet sich tatsächlich unmittelbar vor, während und nach Insulten, vor allem nach Häufungen derselben. Wahrscheinlich dürfte diese Rechtsverschiebung als das Primäre, das Anfallauslösende zu betrachten sein. Abgelöst wird im insultfreien Intervall diese Rechtsverschiebung durch die Schwankung nach der grobmolekulären Globulinseite hin. Diese Epoche dürfte krampfbeungünstigend wirken, aber sie entspricht andererseits der Linksverschiebung im Blutserum durch den Zellzerfall beim Karzinom. Hieraus läßt sich folgern:

Solange Insulte — vor allem in größerer Zahl — bestehen, ist die Karzinombildung zumindest beungünstigt, erst nach Aufhören der Insulte ist der Weg für die Karzinombildung freigegeben.

Vielleicht könnte man auch in anderer Richtung folgern: Der Reiz der Karzinombildung wird so stark, daß die Insulte nicht mehr zur Auslösung kommen.

Den Schwankungen im Eiweißstoffwechsel kommt neben anderen Stoffwechsel-konstitutionellen und konditionellen Faktoren sicherlich eine große Bedeutung bezüglich dieser Wechselbeziehungen zu.

Es scheint, daß, wenn das Karzinom bei Epileptischen überhaupt auftritt, der Karzinombildung zumeist ein Aufhören oder zumindest ein starker Rückgang der Insulte vorausgehen muß, resp. daß die Insulte durch die Karzinombildung zum Verschwinden gebracht oder wesentlich zurückgedrängt werden. Wichtig erscheint dem Verf. ein Rückblick auf ein so bedeutungsvolles Moment wie die Krampfdisposition, die wie früher betont, das Verbindende aller Epilepsiearten darstellt. Diese epileptische Anlage ist offenbar ein gewisser Schutz für den Krampfkranken gegen Krebs, d. h. wir konnten sehen, daß bei den Epileptischen überhaupt das Karzinom wesentlich seltener vorkommt und daß andererseits in der weitaus größten Zahl der Fälle die Insulte bei bestehendem Karzinom entweder verschwinden oder aber im Sinne der qualitativen und quantitativen Verminderung umgewandelt werden.

Wenn nun in relativ seltenen Fällen Epileptiker an Krebs erkranken, so ist eine Umwandlung des epileptischen Stoffwechsels — vielleicht schon Jahre voraus — wahrscheinlich und die Karzinombildung richtet sich gegen die Krampfdisposition. Im Fall 27 wurde die Krebsdisposition besonders deutlich.

Wenn zwar der Verf. in seiner vorliegenden Arbeit nur einen klinischen Beitrag zu den Zusammenhängen zwischen Epilepsie und Karzinom geben konnte, so möchte er doch glauben, daß sich vielleicht auch von diesen Feststellungen und Überlegungen aus ein Ausblick auf die weitere Erkundung jener für das Wesen der Epilepsie so wichtigen Krampfdisposition eröffnen läßt.

1. *Sulger-Büel:* »Maligne Tumoren bei Geisteskrankheiten.« Allgem. Z. f. Psychiatrie 1925, 80 H. 5—6.
2. *Volland:* »Über die Häufigkeit des Karzinoms bei Epilepsie.« Ztsch. f. Krebsforschung 1928, 28 H. 1.
3. *Hahn:* »Die Sterblichkeit, Todesursachen und Sektionsbefunde bei Epileptikern.« Allgem. Z. f. Psychiatrie 1912, 69.
4. *Ganter:* »Über die Sterblichkeitsverhältnisse und Sektionsbefunde bei Epileptikern und Schwachsinnigen.« Arch. f. Psychiatrie 64 H. 1—2.
5. *Engel, Desiderius:* »Medizinisches aus Holländisch-Indien.« Deutsche med. Wschr. 1925 Nr. 3.

6. *Sitsen:* Nederl. Tijdschr. Geneesk. 27 I. Ref.: Z. ärztl. Fortbildg. 1928 Nr. 12.
7. *Freund E.*, und G. *Kaminer:* »Grundlagen der Disposition f. Karzinom.« Wien: Springer 1925.
8. *Opitz:* »Über Diagnose und Behandlung des Krebses.« Z. ärztl. Fortbildg. 1925 Nr. 8.
9. *Page, Irvine, H.:* »Einführung in die Chemie des Nervensystems.« Fortschr. d. Neurologie u. Psychiatrie 1931 Heft 11.
10. *Frisch, Felix:* »Das vegetative System der Epileptiker.« Berlin: Springer 1928.

Gehirnpathologische und lokalisatorische Ergebnisse (8. und 9. Mitteilung).

Von

K. Kleist, Frankfurt a. M.

Die beiden folgenden Mitteilungen enthalten die Ergebnisse der letzten Kapitel einer Gehirnpathologie, die sich auf Gehirnverletzungen und Herderkrankungen gründet. Ich veröffentliche dieselben in einer ausgesprochen psychiatrischen Zeitschrift, weil die örtlichen Hirnstörungen im Bereiche der in der 9. Mitteilung zusammengefaßten Bewußtseins-, Wachseins- und Wesensstörungen am weitesten ins Gebiet der allgemeinen Pathologie der Geisteskrankheiten übergreifen und für das Verständnis dieser unmittelbar wichtig werden[1]).

8. Mitteilung. Geruchs- und Geschmacksstörungen.

Geruchsstörungen.

1. Psychologisch sind an den Gerüchen spezifische Qualitäten, die sich am besten durch die Komponententheorie *F. B.*

[1]) Die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel sind in folgender Weise veröffentlicht:

1. Mitteilung. Störungen der Motilität und Sensibilität, Ataxie und Zittern, Apraxie, Störungen der Sehleistungen. Festschrift für *W. Bechterew.* Leningrad 1926.
2. Mitteilung. Hörstörungen, Geräuschtaubheiten und Amusien. Festschrift für *K. Bonhoeffer.* Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 68, 1928.
3. Mitteilung. Sensorische Aphasien. Festschrift für *G. Anton.* Journal f. Psych. u. Neurol. 37, 1928.
4. Mitteilung. Motorische Aphasien. Festschrift für *S. Henschen.* Journal f. Psychol. u. Neurol. 40, 1930.
5. Mitteilung. Das Stirnhirn im engeren Sinne und seine Störungen. Festschrift für *G. Specht.* Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 131, 1930.
6. Mitteilung. Die Störungen der Ichleistungen und ihre Lokalisation im Orbital-, Innen- und Zwischenhirn. Festschrift für *B. Pfeifer.* Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. 79, 1931.
7. Mitteilung. Die psychokinetischen, katatonen und myostatischen Störungen des Stammhirns. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 50. 1933.

Hoffmanns erklären, und Hell-Dunkel-Eigenschaften (*v. Hornbostel*) zu unterscheiden. Die Räumlichkeit der Geruchsempfindungen beschränkt sich entsprechend der gasförmigen Natur der Riechstoffe auf ein »raumerfüllendes Etwas« (*Boernstein*). Zur klinischen Prüfung des Geruchsvermögens empfiehlt sich die *Boernstein*sche Geruchsleiter.

2. Das dem Althirn angehörende allokortikale Riechsystem stellt sich beim Menschen als ein Doppelorgan dar, bestehend aus einem vorderen Riechhirn (Lobus piriformis) und einem hinteren Riechhirn (Lobus ammonicus), die durch einen Traktus piri-ammonicus (*Flechsigs* Bündel β) miteinander verbunden sind. Das vordere Riechhirn, dem die Riecherregungen vom Bulbus und Tractus olfactorius her durch die Stria (Gyrus) olfactoria lateralis zugeleitet werden, setzt sich morphologisch aus dem Gyrus semilunaris, ambiens und entorhinalis (ventralis) zusammen. Architektonisch sind daran nach *Rose* im wesentlichen zu unterscheiden: eine Regio periamygdalaris (ungefähr dem Gyrus semilunaris entsprechend), eine Regio ambiens (entorhinalis dorsalis), eine besonders umfangreiche und fein gefelderte Regio entorhinalis ventralis und ein äußeres schmales Grenzfeld, die Area perirhinalis. Nach Bau und Zusammenhängen bilden die zweischichtige Regio periamygdalaris eine olfaktosensorische und die mehrschichtigen entorhinalen Felder eine olfakto-psychische Zone. Eine olfakto-motorische Zone muß nach physiologischen und pathologischen Beobachtungen ebenfalls vorhanden sein (Area perirhinalis?). Das vordere, piriforme Riechhirn dient wahrscheinlich den gegenständlichen Riechleistungen und bildet einen animalischen Riechapparat.

Das hintere Riechhirn (Lobus ammonicus) besitzt eine schwächere Zuleitung in der Stria olfactoria medialis, die sich durch die Tänia tecta in die Ammonsformationen fortsetzt. Dazu kommen der Tractus olfacto-ammonicus und mittelbare Zuflüsse aus dem vorderen Riechhirn. Die morphologischen und architektonischen Teile des hinteren Riechhirns sind die einfach granuläre und wahrscheinlich sensorische Fascia dentata, das einfach pyramidale (offenbar motorische) Ammonshorn und die nach ihrem mehrschichtigen Bau vermutlich höheren Leistungen dienenden Regionen des Subiculum und Praesubiculum, von denen das letztere gemäß seinem Reichtum an Körnerzellen auch als eine zweite sensorische Zone für mittelbare olfaktorische und andere Zuflüsse wirken dürfte. Das hintere Riechhirn verfügt im Fornix über eine kräftige abführende Bahn zum Corpus mammillare, durch die es auf die vegetativ-nervösen Kerne des Zwischenhirns und auf die Organe des Körper-Ich (Thalamus ant., Regio cingularis) einzuwirken vermag. Das hintere Riechhirn ist

daher wahrscheinlich ein vegetativ-somatopsychischer Riechapparat.

3. Anosmie. Aufhebung oder Herabsetzung des quantitativen Riechvermögens, ist einseitig oder doppelseitig bisher mit Sicherheit nur bei Beschädigungen der Nase oder der Nervi, des Bulbus, des Tractus und der Striae olfactoriae beobachtet worden, d. h. bei Verletzungen und Herderkrankungen, die das Sinnesorgan oder die Leitungsbahnen des Geruchs betrafen. Anosmie trat daher häufig bei Kriegsverletzungen der Nasenwurzel, des unteren Stirnbeins, der Augen- und Stirnbeinhöhlen, der Basis der vorderen Schädelgrube auf. Unter den Hirntumoren rufen besonders Geschwülste der Olfaktoriusrinne, des Orbital- und Stirnhirns, sowie solche der Hypophyse und der suprasellären Gegend Anosmie hervor. Aus der Nähe von Riechleitung und Orbitalhirn erklärt sich die nicht seltene Verbindung von Anosmie mit Charakterveränderungen (Störungen im Selbst- und Gemeinschafts-Ich).

Doppelseitige Geschwülste des hinteren, ammonischen Riechhirns beeinträchtigen — in Übereinstimmung mit Tierexperimenten — die Geruchsempfindungen nicht. Organ der bewußten Geruchsempfindungen ist daher das vordere, piriforme Riechhirn.

4. Parosmien, qualitative Veränderungen der Geruchseindrücke kommen in Begleitung von quantitativer Riechschwäche unter den gleichen Bedingungen wie diese vor und sind den Parästhesien vergleichbar. Sie erklären sich nach *F. B. Hofmann* durch den Ausfall einzelner Arten von Riechrezeptoren, bzw. deren Nerven und Leitungsfasern und durch den so verursachten Wegfall gleicher Komponenten in verschiedenen Gerüchen.

5. Geruchssensationen (sog. Geruchshalluzinationen) treten ohne äußeren Reiz, rein subjektiv und meistens anfallsweise auf, nicht selten als Vorboten von lokalen oder allgemeinen Krämpfen. Sie entsprechen im sensiblen Gebiet den zentralen Schmerzen. Anosmie (Hyposmie) braucht nicht vorhanden zu sein. Geruchssensationen gehen nach Beobachtungen an Hirnverletzten (*Kutzinski*) und Hirngeschwülsten vom vorderen Riechhirn (Lobus piriformis) aus, und zwar vom olfacto-sensorischen Felde desselben, der Regio periamygdalaris auf dem Gyrus semilunaris oder von dem darunterliegenden Mandelkern. Es genügen einseitige Schädigungen.

6. Osmomotorische Störungen. Animalische Riechbewegungen traten in Form von krampfhaften rhythmischen Bewegungen der Nase, der Lippen, der Zunge, des Kiefers bei experimenteller Reizung des vorderen Riechhirns sowie bei Verletzungen und Tumoren desselben — dann in Verbindung mit so-

genannten Geruchshalluzinationen — auf, was für das Vorhandensein eines geruchsmotorischen Feldes im Lobus pyriformis spricht. In anderen Beobachtungen bestanden daneben oder überwiegend vegetative Riechreaktionen (Absonderung von Nasenschleim und Speichel, Würgen, Erbrechen, Magen- und Speiseröhrenkrämpfe, Atmungsveränderung, Erblassen oder Erröten), die wahrscheinlich vom hinteren Riechhirn über den Fornix und die Corpora mammillaria in vegetativen Kernen des Zwischen-, Mittel- und Nachhirns angeregt werden.

7. Geruchsagnosie. Eine Unfähigkeit, Gerüche bei erhaltener qualitativer Geruchsunterscheidung zu erkennen, d. h. sie riechenden Gegenständen zuzuordnen, trat an Kranken von *Henschen* bei Abzeß bzw. Erweichung des einen Schläfelappens mit Beteiligung des kortikalen Riechsystems dieser Seite auf. Im Zusammenhang mit andern Herderkrankungen des basalen Schläfelappens und des Riechsystems ergibt sich, daß die für Geruchsagnosie wesentliche Stelle wahrscheinlich im vorderen Riechhirn und zwar in der schon anatomisch als olfaktopsychisch angesprochenen Regio entorhinalis, bei Rechtsern links gelegen ist. Das hintere Riechhirn (Lobus ammonicus) ist am Geruchserkennen nicht beteiligt (im Gegensatz zu *Cajal*, *Bechterew*, *Henschen*). Dagegen beweisen Störungen des Geruchserkennens oder -benennens (*Holthaus*) und solche der Geruchsempfindungen bei Epileptikern nichts, da die sog. Ammonshornsklerose der Epileptiker nicht selten über das Pyramidenzellband des Ammonshorns hinausgreift, und da allgemeine Störungen der Wortfindung bei Epileptikern häufig sind.

Geschmacksstörungen.

1. Das anatomische Geschmackssystem besteht aus den Geschmacksknospen der Zunge, des Gaumens, Rachens und Kehldeckels, der Geschmacksfasern des N. VII (Chorda tympani, N. intermedius) für die vorderen zwei Drittel der Zunge und der Geschmacksfasern des N. IX (und X?) für die hinteren Teile. Das bulbäre Geschmackszentrum wird vornehmlich durch den dorsolateralen Glossopharyngeuskern gebildet (*Kappers*). Die zentrale Geschmacksleitung (*v. Monakow*s Vagoglossopharyngeusschleife) verläuft nach teilweiser Kreuzung in der Haubenregion aufwärts und mündet in das ventrolaterale oder mediale Thalamusgebiet, nahe der Trigeminusbahn (*Wallenberg*, *H. Strauss*). Die gustatorischen Stabkranzfasern laufen durch den hinteren Teil der inneren Kapsel rindenwärts (*Schterbak*). Das schon von *Bechterew* auf Grund von Tierexperimenten in den untersten Teil der Zentralwindungen verlegte kortikale Geschmackszentrum dürfte dann mit *Brodmann*s Area subcentralis (43) zu-

sammenfallen. Möglicherweise gehört auch die Insel insofern zum Geschmackssystem, als sie aus den angrenzenden Geschmacks-, Tast- und Riechregionen gemeinsame Eindrücke bei der Nahrungssuche und -aufnahme sammelt und sie zu vegetativ-nervösen, besonders sekretorischen Reaktionen (via Nucl. amygdalae, Tänia semicircularis oder Thalamus) verwertet.

2. Peripher-nervöse Geschmacksstörungen kamen bei zahlreichen Schußverletzungen an und unter der Schädelbasis vor. Die Geschmacksverluste beschränken sich dabei meistens auf das vordere oder auf das hintere Drittel der Zunge nebst Gaumen und Rachen, je nach Schädigung des N. trigeminus, der Chorda oder des N. glossopharyngeus (*H. Neumayer*). Auf Nervenschädigung (Druckwirkungen) beruhen auch die Geschmacksverluste bei basalen Hirntumoren und bei den Hypophysengeschwülsten, deren Ageusie von *Herzog* zu Unrecht auf ein irrigerweise in das Riechhirn verlegtes Geschmackszentrum bezogen wurde.

3. Die Kriegsverletzungen sprechen eindeutig für die Lokalisation der kortikalen Geschmacksstätte im untersten Teil der hinteren Zentralwindung (*Boernstein*), genauer der Area subcentralis. Die häufigen Begleitsymptome von Geschmacksstörungen erklären sich aus dieser Lage: Sensibilitätsstörungen an Zunge, Rachen, Mundschleimhaut, Lippen, Wange; Kaumuskelschwäche, Fazialis- und Hypoglossusparese, motorische Aphasie infolge von Schädigung des Operculum zentrale und frontale, Hörstörungen infolge Verletzungen der T an ihrer Einmündung in die Mitte der T_1 unterhalb der Regio subcentralis: Kau-Schmeck-Hörtrias von *Boernstein.* Vermehrter Zungenbelag auf der geschädigten Seite kann als zentrale trophische Störung hinzutreten. Das kortikale Geschmacksfeld ist nach den Beobachtungen an Hirnverletzten vom sensiblen Trigeminus- und Glossopharyngeusfeld getrennt. Jedes Geschmacksfeld versorgt beide Zungenhälften, die gegenseitige mehr als die gleichseitige. Das Geschmacksfeld der linken Hemisphäre ist aber dem der rechten überlegen, indem es imstande ist, einen von Verletzung des rechten Geschmacksfeldes ausgehenden Mangel rascher auszugleichen.

Die Befunde an Hirnverletzten werden durch solche an Hirntumoren, Solitärtuberkeln und Erweichungsherden der unteren C. p., ihres Stabkranzanteils, der hinteren inneren Kapsel und des hinteren ventralen Thalamus bestätigt (*H. Strauss*, *Kleist*, *Henschen*).

4. Subjektive Geschmackssensationen traten anfallsweise, als Vorboten epileptischer Krämpfe auf der hypogeusischen Zungenhälfte eines über der unteren C. p. Verletzten *Boernsteins*

auf. Sie bestanden auch in einem Falle *Henschen*s mit leichter linksseitiger Hypogeusie und gingen hier von einem Erweichungsherde des rechten hinteren, ventrolateralen Thalamus aus. Sie entsprechen den thalamischen zentralen Schmerzen.

5. Eine Geschmacksagnosie, d. h. eine Unfähigkeit, Geschmäcke als Gegenstandsmerkmale zu erkennen, bei erhaltenen Geschmacksempfindungen, bestand wahrscheinlich in einem Falle *Henschen*s infolge Druckwirkung eines Schläfenlappenabzesses auf die linke Area subcentralis.

9. Mitteilung. Störungen des Bewußtseins, Wachseins (Schlafens) und Wesens.

1. Allgemeines.

Bewußtsein, Wachsein (Schlafen) und Wesen bilden die von den infrakortikalen Hirnteilen ausgehenden seelischen Leistungen. Unter Wesen verstehen wir die Gesamtheit der dem Zwischenhirn und den Vorderhirnganglien eigenen seelischen Erscheinungen. Im Gegensatz zu den durch die Hirnrinde vermittelten Seelenvorgängen sind im Wesen, im Wachsein und besonders im Bewußtsein einzelne seelische Leistungen weniger deutlich voneinander gesondert, so daß seelische Gesamtzustände auftreten und auch die Außenfunktionen mehr oder weniger als Ausflüsse des Ich erscheinen.

Wesen, Wachsein und Bewußtsein treten beim reifen Menschen nicht rein zutage, sondern stets zusammen mit differenzierten kortikalen Seelenerscheinungen. Diese Verbindung ist so eng, daß bei Wegfall bestimmter kortikaler Erscheinungen auch die zugehörigen infrakortikalen Seelenleistungen zum großen Teile nicht lebensfähig sind. Einen gewissen, jedoch nur unvollkommenen Einblick in das eigentliche Aussehen von Wesen, Wachsein und Bewußtsein gewährt die Beobachtung von Hirnmißbildungen, bei denen die Hirnrinde und mehr oder weniger umfangreiche Teile des Stammhirns fehlen.

2. Bewußtseinsstörungen.

Bewußtseinsstörungen treten als völlige Bewußtseinsverluste, als partielle Bewußtseinsstörungen und als allgemeine Bewußtseinstrübungen auf.

Bewußtseinsverluste setzen meist plötzlich ein und schwinden im Überlebensfalle gewöhnlich ebenso. Sie kamen an Kriegsverletzten besonders bei Hinterhauptsverletzten (*Forster*), bei tiefen Kleinhirnverwundungen, sowie im Verein mit Verletzungen basaler Hirnnerven vor (*Kleist*), was für den Zusammenhang von Bewußtsein und kaudalem Hirnstamm spricht. Die Begleiterscheinungen von Bewußtseinsverlusten weisen zum Teil auf

das verlängerte Mark und das Vaguskerngebiet hin (Aussetzen oder andere Störungen der Atmung, Pulsveränderungen, Erbrechen), zum Teil auf die weitere Medulla oblongata (vasomotorische Störungen, Ohrensausen, Schwindel, seitliche Blickabwendungen, Nystagmus), oder sie gehen vom Mittelhirn aus (Pupillenstörungen, Schielstellungen, Verlust der Stellreflexe).

Die Aufhebung aller seelischen Vorgänge bei der Bewußtlosigkeit erklärt sich durch die Ausschaltung der sensiblen Hirnnervenkerne, der Hinterstrangs- und Seitenstrangskerne (Sperrung der spinalen sensiblen Zuflüsse), sowie der der Beachtung sensibler, optischer und akustischer Eindrücke dienenden Vierhügelzentren. Dadurch wird allen höheren und weiter oral angelegten seelischen Vorgängen der Boden entzogen, ohne daß Fernwirkungen auf die Hirnrinde zur Erklärung nötig wären.

Diese Ausschaltungen gehen von den vegetativ-nervösen Zentren der Medulla oblongata (vegetativer Vaguskern) und des zentralen Mittelhirngraus aus. Möglicherweise entspricht die Bewußtseinsaufhebung einem Wegfall sympathischer Anregung neben parasympathischer Hemmung.

In partiellen Bewußtseinsstörungen sind die Kranken bei Wegfall aller anderen seelischen Vorgänge entweder für viszerale Eindrücke noch ansprechbar und beantworten dieselben mit Jaktationen, oder sie beachten nur sensible, mehr oder weniger auch optische und akustische Eindrücke und reagieren darauf mit Einstell- und Kurzschlußbewegungen. In beiden Fällen besteht oft eine Unruhe in Form der genannten Bewegungen. In partiellen Bewußtseinstrübungen sind bald Teile der Medulla oblongata, bald des Mittelhirns weniger weitgehend ausgeschaltet als bei Bewußtseinsverlusten, und die noch funktionsfähigen Gebilde unterliegen dann häufig einer krankhaften gesteigerten Aktivierung.

Auch allgemeine epileptische Krämpfe, die bei Bewußtseinsstörungen häufig sind, entstehen wahrscheinlich durch eine vegetative Aktivierung motorischer Nachhirnzentren bei Hemmung von Mittelhirnzentren.

Bei Bewußtseinstrübungen (Benommenheiten, Dämmerzustände) ist die Erregbarkeit sämtlicher Sinne und jeglicher Reaktionsfähigkeit gleichmäßig herabgesetzt. Oft finden sich Übergänge zu Schlafsucht und Halbschlafzuständen, sowie andere Symptome des Zwischenhirns bzw. der Vorderhirnganglien: triebhafte Erscheinungen, Gegenhalten, Haltungsverharren, Iterationen und Zittern. Anatomische Veränderungen am Zwischenhirn und den Vorderhirnganglien fanden sich bei Arteriosklerotikern und bei Ventrikelblutungen mit Bewußtseinstrübung. Auch bei Hirnverletzten waren Bewußtseinstrübungen am häufigsten bei Beschä-

digungen des Hirnstammes einschließlich des Zwischen- und Mittelhirns, sowie bei temporalen und orbitalen Verwundungen nahe dem Hirnstamm.

3. Störungen des Wachens und Schlafens.

Schlafsucht und Schlafverschiebung mit nächtlicher unruhiger Umdämmerung waren bei Hirnverletzten seltener als Bewußtseinsstörungen. Die beinahe über die ganze Hirnrinde zerstreuten Verwundungen riefen Schlafstörungen nur durch ihre Tiefenwirkungen auf das Stammhirn hervor, das in über der Hälfte der Fälle durch Steckschuß oder Durchschuß unmittelbar geschädigt war.

Schlaf-Wachstörungen bei Erweichungsherden im Höhlengrau und medialen Kerngebiet des Thalamus, sowie bei Tumoren der Mittelhirn- und Thalamusgegend lehren, daß an der Schlaf-Wachsteuerung ein größeres Gebiet beteiligt ist, das von der Mittel-Zwischenhirngrenze bis einschließlich zur Commissura media reicht. In diesem Gebiete liegen der Nucleus paramedianus und der Nucleus reuniens (*Malone*). Der Nucl. reuniens reicht jedoch weiter nach hinten als der Nucl. paramedianus, bis an die Zwischen-Mittelhirngrenze und muß, wenn dort gelegene Herde reine Schlafsucht erzeugen (*Mauthner*, *Pette*), der »Wachkern« sein. Der Nucl. paramedianus ist dann wahrscheinlich der »Schlafkern«. Herde in der Gegend der Commissura media rufen häufiger eine unvollständige Schlafsucht — Schlafverschiebung mit Umdämmerung und Unruhe — hervor (*Kleist*), was sich aus der gemeinsamen Verletzung beider dort gelegener Höhlengraukerne erklären würde. Schlaf kann nach *Heß* auch durch elektrische Reizung der paraventrikulären Gegend, wie ich annehme, des Nucl. paramedianus erzeugt werden. Schlaf beruht nach *Heß* auf einem Übergewicht parasympathischer, Wachen auf der Vorherrschaft sympathischer Erregungen. Diese vegetativen Erregungen können durch Vermittlung der genannten thalamischen Höhlengraukerne auf die sensorischen, motorischen, affektiven und triebhaften Einrichtungen des Zwischen- und Mittelhirns übertragen werden.

4. Die Trugwahrnehmungen.

Die Trugwahrnehmungen sind, soweit es sich nicht um die seltenen Rindenhalluzinationen handelt, sensorische Wesensstörungen. Die motorischen Wesensstörungen (psychokinetische Regungs- und katatone Strebungsstörungen) sowie die dem Wesen ebenfalls angehörenden niederen Ichstörungen (an Gefühlen, Trieben, Körper-, Selbst- und Gemeinschafts-Ich) sind schon in früheren Mitteilungen (s. S. 1) dargestellt. Wie

auch sonst traten Trugwahrnehmungen bei Hirnverletzten in den Syndromen des Delirs mit vorwiegend optischen Halluzinationen und der Halluzinose auf, die wieder in zwei Formen, als Verbalhalluzinose (*P. Schröder*) und als Halluzinose mit körperlichen Sensationen, Sensationshalluzinose, vorkamen. Im Delir verbindet sich der halluzinatorische Grundvorgang mit einer leichten schlafartigen, oft unruhigen Umdämmerung und mit örtlicher Desorientierung; in der Halluzinose treten wahnhafte Symptome (Eigenbeziehungen, Bedeutungserlebnisse, Mißtrauen) hinzu.

Hirnverletzungen, die Delirien hervorriefen, lagen stets dem Zwischenhirn nahe, am Schläfelappen oder Orbitalhirn. Selbstbeobachtete Erweichungsherde mit Sinnestäuschungen betrafen Thalamus und Höhlengrau, bei Tumoren waren es solche der Zwischenhirnbasis und der Hypophyse.

Halluzinieren bedeutet einen Mangelzustand, in dem die Schaltung zwischen Wahrnehmen und Vorstellen versagt, und in dem das bildmäßige Erleben auf den niederen und entwicklungsmäßig früheren Zustand einer ausschließlich sinnhaften Anschauung zurücksinkt, wie beim sinnhaften Vorstellen von Kindern. In der Sinnhaftigkeit ist auch eine eigenartige und stärkere Beeindruckung des Ich enthalten, die an die thalamische Hyperpathie erinnert. Die beim Halluzinierenden schadhafte Steuerung zwischen Wahrnehmen und Vorstellen geht wahrscheinlich vom Thalamus aus, der demnach nicht nur am Wahrnehmen, sondern auch am Vorstellen beteiligt ist.

5. Störungen des Merkens und der zeitlichen Funktionen.

Hirnverletzte mit Störungen der Merkfähigkeit und der zeitlichen Einordnung — zeitamnestisches Syndrom — waren in über der Hälfte der Fälle am Orbitalhirn und unteren Stirnhirn, also nahe dem Zwischenhirn verwundet. Die meisten hatten auch andere Hirnstammsymptome.

Die von *Gamper* mit dem zeitamnestischen Syndrom in Verbindung gebrachte Gegend der Corpora mammillaria war bei zwei Tumoren des 3. Ventrikels bzw. der Zwischenhirnbasis mit Merkzeitstörungen ergriffen. Bei mehreren meiner Arteriosklerotiker mit gleichen Symptomen und Herden im Thalamus war der Tr. mammillo-thalamicus unterbrochen.

Die Merkstörung bei Zwischenhirnläsionen erklärt sich daraus, daß die Sinnesvorgänge nicht nur in der Hirnrinde, sondern schon im Zwischenhirn (Thalamus) Spuren hinterlassen, die während einer gewissen Zeit unmittelbar wieder belebt werden können (Merkfähigkeit) und die nach ihrer zeitlichen Reihenfolge registriert sind. Sie erhalten ihre Zeitmarken durch die ständig fließenden und in verschiedener Weise periodisch abgeteilten

viszeral-vegetativen Erregungen, die aus den sensiblen Leitungsbahnen über die Corpora mammillaria dem Thalamus, zunächst dem N. anterior zuströmen. Durch Störung in der zeitlichen Registrierung der dienzephalen Merkspuren kommen die zeitlich begrenzten Erinnerungsausfälle, die zeitlichen Erinnerungstäuschungen und die zeitliche Desorientierung zustande.

Der Eindruck der Dauer eines seelischen Vorgangs wird dagegen durch zentrale vestibuläre Erregungen beeinflußt: subjektive Verkürzung oder Verlängerung von Erlebnissen bei Verletzung des Kleinhirns (*Goldstein*) und der Vestibulariszentren.

Die Auffassung von Zeitgestalten, d. h. der zeitlichen Verhältnisse, in denen die einzelnen Teile eines Gesamtes zueinanderstehen — z. B. die zeitliche Formel einer Melodie, eines Wortes, einer Handlung — ist eine Funktion der Hirnrinde, die auch die Engramme (Vorstellungen) von Zeitgestalten birgt. Die Lokalisation von Zeitgestalten fällt daher mit der der aphasischen, apraktischen und ähnlichen Störungen zusammen; das Stirnhirn ist dafür — entgegen *Woerkom* — nicht allein maßgebend.

6. Störungen der Besinnung.

Besinnung ist die subjektive Seite der Reproduktion von Vorstellungen. Sie kann erleichtert oder erschwert sein.

Krankhafte Leichtbesinnlichkeit zeigt sich in einer erregten Phantasietätigkeit und in Konfabulationen, die von den zu den zeitamnestischen Mängeln gehörenden Erinnerungstäuschungen verschieden sind. Auf sprachlichem Gebiete führt die erleichterte Vorstellungsweckung zu Logorrhoe, d. h. zu einem von Ideenflucht zu unterscheidenden Wortreichtum ohne Weiterschweifen. Im Bereiche des Handelns entsteht durch erleichterte Vorstellungsweckung eine oft inhaltsarme Vielgeschäftigkeit: Prattorrhoe. Diese drei Störungen können sich in wechselnden Verhältnissen miteinander verbinden.

Hirnverletzte mit krankhafter Leichtbesinnlichkeit waren überwiegend am linken Schläfelappen verletzt und zeigten daher häufig eine paraphasische Logorrhoe. Doch geht die Störung nicht von den temporalen sensorischen Sprachstätten — bzw. einem von *A. Pick* dort angenommenen sprachlichen Hemmungszentrum — aus; denn die Störungen fanden sich auch bei rechts temporal Verletzten, sowie bei einem Durchschuß vom linken Auge zur rechten Wange mit Verletzung der Zwischenhirnbasis. Auch bei den Schläfehirnverletzten wiesen Begleitsymptome, insbesondere anfängliche Bewußtseinstrübungen, zeitamnestische Störungen und Delirien auf das Zwischenhirn hin. Dementsprechend wurden Konfabulationen auch bei Tumoren des 3. Ventrikels, der Hypophyse (*Kleist*) und des Thalamus (*Pfersdorff*) beobachtet.

An der Schwerbesinnlichkeit fällt mehr das erschwerte und verlangsamte Abklingen von Vorstellungen, die Perseveration, als das verlangsamte Auftauchen derselben auf. Perseveration führt zur Beantwortung einer Aufgabe mit der — — noch haftenden — Reaktion auf eine unmittelbar oder kurz vorher gestellte Aufgabe. Perseveration muß streng von Stereotypie und Iteration unterschieden werden, die beide nicht nur als Reaktionen auftreten und inhaltlich nicht an ein unmittelbar Vorangegangenes gebunden sind. Iterationen sind selbsttätige rhythmische Wiederholungen, auch Stereotypien sind oft mit Unruheerscheinungen verbunden.

Wenn auch Perseveration häufig bei Rindenverletzungen und Rindenherden, vornehmlich bei solchen des Schläfe-, Scheitel- und Hinterhauptslappens und daher häufig in Verbindung mit aphasischen, apraktischen, agnostischen und paralogischen Störungen vorkommt, so ist ihr Ursprungsort doch nicht die Hirnrinde; denn Perseveration wird auch ohne die genannten Rindenherdsymptome beobachtet, und diese selbst verlaufen häufig auch ohne Perseveration. Wenn bei Hirnverletzten Rindenherdsymptome und Perseveration zusammen auftraten, so ging bei günstigem Verlauf die Perseveration eher zurück als die Rindenherdsymptome. Umgekehrt nahm bei wachsenden Prozessen (Abszesse, Tumoren) die Perseveration mit der Zeit zu. Perseveration muß daher in solchen Fällen von der Tiefenwirkung der Hirnläsion abhängen. Bei reiner oder die Rindensymptome stark überwiegender Perseveration lagen die Verletzungen meistens der Hirnbasis und damit dem Zwischenhirn nahe: über der hinteren F_3, am Orbital- oder am Schläfehirn. In einem Fall war das Zwischenhirn unmittelbar infolge Durchschuß von der linken F_1 zum linken Hirnschenkel verletzt. Perseveration trat auch bei Arteriosklerotikern mit Erweichungsherden im Thalamus und Höhlengrau, sowie bei einem Tumor des Mittelhirndachs mit Hydrozephalus des dritten Ventrikels auf.

Im Zwischenhirn muß also ein Steuerungsapparat gelegen sein, der die Besinnung zwischen Perseverieren und Phantasieren, zwischen erschwertem und erleichtertem Einfallen (Reproduzieren) von Vorstellungen regelt. Die Besinnung bzw. ihre dienzephale Steuerung greift nicht an den Rindenengrammen, sondern an den im Zwischenhirn selbst gebildeten Vorstellungs- und Gedächtnisspuren an (s. 1., 4. und 5.) und beeinflußt durch sie die seelischen Rindenvorgänge.

7. Störungen der Eindrucksqualitäten von Anschaulichkeit, Bekanntheit und Bedeutung.

Die den Wahrnehmungen und Vorstellungen eigene Qualität der Anschaulichkeit kann durch krankhafte Vorgänge ver-

mindert oder gesteigert werden. Bei der Unteranschaulichkeit, der sog. Depersonalisation, können Vorstellungen nicht oder nur unvollkommen als anschauliche Gebilde belebt werden, während das unanschauliche Meinen des betreffenden Gegenstandes (Richtungsbewußtsein, Intention, Akt) unversehrt bleibt. Das Erlebnis des Kranken ist dabei weniger das einer »Entfremdung« als einer »Entfernung« des Gegenstandes, einer geringeren Beeindruckung und Beteiligung des Ich. Die Erlebnisse des Sprechens, Handelns und Denkens scheinen daher dem Kranken automatisch abzulaufen. Auch die Wahrnehmungen verlieren an Deutlichkeit und Eindrucksfähigkeit. Nach Beobachtungen an Hirnkranken (Hirntumor, Enzephalitis) hängt die Unteranschaulichkeit mit Funktionsstörungen des Stammhirns zusammen und ging mit Schlafstörungen bzw. mit Mitempfindungen einher. Das Gegenteil zum Verlust der Anschaulichkeit bildet die seltene Überanschaulichkeit, bei der alle Vorstellungen und Wahrnehmungen lebhafter und genähert erscheinen und das Ich stärkstens beeindrucken.

Die Bekanntheitsqualität findet sich krankhaft gesteigert in Zuständen von sog. *déjà vu*, die bei einem Hirnverletzten mit einer bis ins Zwischenhirn reichenden Hirnschädigung im Verein mit Hemianopsie, halbseitiger Hyperpathie und Bewegungsunruhe auftraten. Auch bei Schläfelappentumoren mit déjà vu-Zuständen war das Zwischenhirn geschädigt.

Bedeutungserlebnisse sind Äußerungen einer ursprünglichen Denkweise, mittels deren Zusammenhänge intuitiv erfaßt, gedeutet werden. Entfernt sich das Deuten von der Wirklichkeit, so entstehen Mißdeutungen, und das Deuten wird zum Wähnen. Bedeutungen gehen entweder von einer Sache oder Person auf andere — Fremdbedeutungen oder sie gehen auf das Ich — Eigenbedeutungen (Eigenbeziehungen). Bedeutungserlebnisse gehen mit einer lebhaften Ichbeteiligung einher: unklare mehrdeutige Bedeutungen mit Beunruhigung, Zweifel, Ratlosigkeit; eindeutige Bedeutungen mit Beruhigung oder Erleuchtung; Eigenbedeutungen mit dem Gefühl des persönlichen Betroffenseins. Bei Hirnverletzten und Herdkranken waren krankhaft gesteigerte und unklare Fremdbedeutungen mit Ratlosigkeit sowie Eigenbedeutungen selten und traten auf, wenn das Zwischenhirn anatomisch oder nach Ausweis anderer klinischer Symptome geschädigt war: bei je einer Schußverletzung und je einem Tumor des Schläfelappens und des Scheitelhinterhautlappens.

8. Störungen der Aufmerksamkeit.

Außer den kortikalen, einzelsinnlichen Aufmerksamkeitsstörungen, die hauptsächlich den Umfang des Aufmerksamkeitsfeldes

einengen, und neben den vom Mittelhirndach ausgehenden Beachtungsstörungen, welche die Vigilität und die Einstell- und Kurzschlußreaktionen gegenüber Sinneseindrücken betreffen, gibt es die mit dem Zwischenhirn und den Vorderhirnganglien zusammenhängenden Störungen der den Denkablauf regelnden Aufmerksamkeit. Sie bewegen sich zwischen den temperamentartigen Gegensätzen einer Anregung mit gelockerter Ordnung und erweiterter Zulassung von Vorstellungen (Ideenflucht, Inkohärenz) oder einer Bremsung mit strafferer Ordnung und verengter Zulassung von Vorstellungen (Denkhemmung, Denklähmung). Anregung und Bremsung greifen entweder auf der sensorischen (thalamischen) Seite, bei den Vorstellungen an — Ideenflucht, Denkhemmung — oder bei den attentionellen (kaudären) Einstellvorgängen — Inkohärenz und Denklähmung. Im ersteren Falle sind sie meistens von affektiver, im letzteren Falle von psychokinetischer Anregung oder Dämpfung begleitet. Aufmerksamkeit bedeutet subjektiv eine Ichzuwendung im Sinne stärkeren oder geringeren Interesses.

Attentionelle Ordnungsstörungen waren bei Hirnverletzten und Herdkranken selten und nur bei Beteiligung des Hirnstammes zu finden. Die Verletzungen lagen verstreut am Schläfe-, Scheitel-, Stirn- oder Orbitalhirn. In der Hälfte der Fälle bestand neben denselben einseitige Bewegungsunruhe mit choreatischen, parakinetischen oder einfachen Gliederbewegungen. Auch zwei Herdkranke mit Thalamus-Striatum-Herden hatten gleichzeitig Aufmerksamkeitsstörungen und choreatisch-parakinetische Bewegungsunruhe. Infektiöse und erbliche Chorea geht ebenfalls fast regelmäßig mit Unaufmerksamkeit einher.

9. Hysterische Veränderung und Suggestibilität.

Hirnverletzte beweisen, daß es organisch bedingte, nichtpsychogene hysterische Störungen gibt. Sie traten nicht nur bei Stirnhirnverletzungen (*Poppelreuter*, *Feuchtwanger*), sondern auch bei Verwundungen am Hinterhaupts-, Scheitel- und Schläfelappen auf. Maßgebend ist überhaupt nicht die verletzte Rindengegend, sondern die Tiefenwirkung auf den Hirnstamm, der in einem Falle von einem am Hinterhaupt eingedrungenen und am Türkensattel liegengebliebenen Bombensplitter durchschlagen war. Neben hysterischen bestanden mehrfach Mittel- und Kleinhirnsymptome, wie Halsreflexe, Starre, Zittern, Taumeln, Vorbeizeigen, Nystagmus. Begleitende psychische Hirnstammsymptome waren besonders somatopsychische Labilität mit Überempfindlichkeit, Affektlabilität und katatone Erscheinungen (Katalepsie, Echoreaktionen).

Bei zwei Herdkranken mit hysteriformen Affektentladun-

gen lagen Erweichungsherde im Thalamus und Striatum, besonders im Caudatum vor.

Die hysterische Wesensveränderung beruht auf einer — erworbenen oder angeborenen — Schaltschwäche zwischen dem dienzephalen Körper-Ich und anderen Wesensleistungen. Infolgedessen können somatopsychische Erregungen in gesteigertem Maße anregend und hemmend, »ergreifend« und »verdrängend« auf andere Wesensfunktionen einwirken, vornehmlich auf Strebungen und Regungen, Gefühle und Triebe, sowie auf die dienzephalen Grundvorgänge der Wahrnehmungen und Vorstellungen. Auf diese Weise entstehen hysterische Bewegungsentladungen und hysterische Lähmungen, affektiv-triebhafte Entäußerungen und Hemmungen, Vorstellungsfixierungen oder -verdrängungen (Amnesien, Pseudodemenz, Vorbeidenken). Andererseits können Vorstellungen, Gefühle und Triebe leichter ins Körper-Ich einwirken und zu gesteigerten körperlich-vegetativen Reaktionen führen.

Die hysterische Wesensveränderung ist die krankhafte Steigerung der normalen Suggestibilität, die ihrerseits in einer sich den Bedürfnissen des Organismus anpassenden Steuerung zwischen körperlichen und andern Wesensleistungen besteht, und die durch zweckmäßige Ein- und Ausschaltungen eine Wesenseinheit gewährleistet.

Über den psychischen Zustand Schädelverletzter (Schädelverletzungen durch Unfall) und die praktischen Folgerungen daraus.

Von

Dr. **Carl Schneider.**

Anfang dieses Jahres hatte ich folgendes Gutachten zu erteilen:

Fall I. Auf Ersuchen der Ziegelei-Berufsgenossenschaft Sektion X, Dortmund erstatte ich auf Grund des Aktenstudiums der Unfallakten A. Nr. 8569 und 14tägiger Beobachtung vom 23. I. bis 7. II. 1933 im Aufnahmehaus der Anstalt Bethel, sowie vielfacher in dieser Zeit vorgenommener psychiatrisch-neurologischer Untersuchungen ein nervenfachärztliches Gutachten über den derzeitigen Gesundheitszustand des Unfallverletzten Herrn Richard Ti., geb. 1. 8. 1907. Das Gutachten erstreckt sich besonders auf die Fragen:

1. welche Unfallfolgen noch bestehen, 2. ob der Verletzte noch behandlungsbedürftig ist und in welchem Umfange, 3. ob der Kranke in seiner Erwerbsfähigkeit so beschränkt ist, daß er nicht mehr die Fähigkeit besitzt, ein Drittel dessen zu erwerben, was gesunde Personen seines Standes in der gleichen Gegend zu erwerben vermögen, 4. ob eine Änderung des jetzigen Zustandes erwartet werden kann.

I.

Der Verletzte erlitt am 20. 11. 1927 einen Unfall. Er stürzte von der Eisenbetonbrücke eines Kalksteinwerkes infolge Ausgleitens aus einer Höhe von 5—6 m ab. Er reagierte bei der ersten ärztlichen Untersuchung im Möllerstift Br. nur schwach auf Anruf. Erbrechen war vorhanden. Pulszahl 84. Temperatur 38,1° C. Auf dem Schädel zeigte sich eine der Scheitelgegend zugehörige 5 cm lange bis auf den Knochen reichende Wunde. Am knöchernen Schädel fand sich in der Mittellinie ein längsverlaufender Knochenriß, der in das Stirnbein hineinreichte. Die Pulszahl sank am 25. 11. 1927 auf 44 Schläge in der Minute. Deshalb wurde zur Entlastung die Öffnung des Schädels an der Verletzungsstelle vorgenommen. Das Bewußtsein wurde dann freier. Am 25. 2. 1928 wurde die entstandene Knochenlücke künstlich gedeckt. Am 24. 4. 1928 erfolgte die Entlassung aus dem Krankenhaus. Am 1. 6. 1928 klagte bei der Nachuntersuchung T. über Schmerzen an der verletzten Schädelpartie, die nach Schlä-

fen und Hinterhaupt ausstrahlen. Er könne nichts heben und kein Geräusch vertragen. Abgesehen von der Knochenlücke und Schwanken bei Fuß-Augenschluß bestanden keine feststellbaren Krankheitszeichen. Es wurde 100% Erwerbsunfähigkeit angenommen. Der L. V. A. Westfalen gegenüber beurteilte der behandelnde Arzt die Heilungsaussichten als nicht sehr günstig.

Bei Begutachtung am 9. Juli 1928 in Dortmund bestanden dieselben Beschwerden. Objektiv bestand außer stärkerer angeborener Kurzsichtigkeit, außer Neigung zu stärkerer Kopfröte bei tiefem Bücken, außer einer gewissen Erhöhung des Blutdruckes auf 145—148 mm Quecksilber kein krankhafter Befund. T. erschien anfänglich etwas zaghaft, gab sich dann aber zunehmend freier. Er machte nicht den Eindruck eines Neurotikers. An der Narbe stieß sich ein kleiner Knochensplitter ab. Es wurde Erwerbsbeschränkung um $33^1/_3$% angenommen; denselben Standpunkt nahmen die Gutachter der L. V. A. Westfalen gegenüber ein.

Seit März 1929 traten Anfälle auf mit Urinabgang, Zungenbiß und Bewußtlosigkeit. Nach denselben bestand Steifigkeit des linken Armes und Lähmungsgefühl der linken Hand. Es wurde bei einer Krankenhausbeobachtung August 1929 tatsächlich ein sicherer epileptischer Anfall mit Pupillenstarre, Zungenbiß, Babinskischem Zehenreflex, schnarchender Atmung und Nachschlaf beobachtet. Nunmehr wurde Erwerbsminderung um 60% angenommen. 1930 wurde im April trotz verstärkter Klagen T.'s derselbe Zustand gefunden.

T. hat öfter ärztliche Behandlung aufgesucht. Die Beobachtung ergab, daß er dem Vater beim Kartoffellegen half. Es entstand der Eindruck, als ob T. auf Unterstützung eingestellt sei. Trotzdem wurde im Januar 1930 vom früher behandelnden Arzt Vollinvalidität angenommen.

Am 27. 3. 1931 nahm der Kreiskommunalarzt Bielefeld 75% Erwerbsbeschränkung an, doch sei die Invalidität voraussichtlich nicht dauernd. Dagegen wandte ein anderer Gutachter ein: die Anfälle seien bei T. nicht so häufig und nicht so schwer, das geistige Verhalten nicht so verändert, daß bereits Invalidität eingetreten sei. Diese müsse vielmehr schwererer Fallsucht vorbehalten bleiben. Mit 60% Rente sei genügend Abgeltung erfolgt.

Die genaue Beobachtung und Begutachtung Juli 1931 ergibt bei gleichen Klagen keine besonderen Krankheitserscheinungen, vor allem werden auch keine seelischen Veränderungen beschrieben. Es wurde in vier Wochen ein Anfall beobachtet. Es wurde Erwerbsbeschränkung um 50% angenommen. Im Oktober 1931 bestand der gleiche Zustand.

Am 16. 8. 1932 wurde T. im Krankenhause Gilead auf Betreiben des Vaters aufgenommen. Der Verletzte hatte in der Zeit vorher sehr zahlreiche epileptische Anfälle gehabt, bis zu 30 an einem Tage. Gleichzeitig trat Fieber auf. Es wurde an einen Abszeß im Gehirn gedacht, und im Krankenhaus zu Bra. die Schädelöffnung vorgenommen. Jedoch wurde nichts gefunden. Da die Anfälle fortdauerten, veranlaßte der Vater die Aufnahme im Krankenhaus Gilead.

Bei der Aufnahme in Gilead war T. benommen, antwortete wenig. War er klarer, so erschien er sehr gehemmt. Die Untersuchung ergab

keine greifbaren Herderscheinungen seitens des Gehirns. Es wurde nun noch einmal der Schädel eröffnet: harte Hirnhaut und Hirnoberfläche sind mit dem Knochen verwachsen. Die Verwachsungen werden gelöst und der Knochen soweit entfernt, bis die harte Hirnhaut gesund ist. Dann wird die harte Hirnhaut eingeschnitten. Darunter tritt nun eine fast walnußgroße flüssigkeitsgefüllte Blase im Hirn zutage. Dieselbe wird geöffnet. Die harte Hirnhaut wird nicht vernäht. Dann wird die Haut vernäht.

Nach der Operation sind Anfälle nicht mehr aufgetreten. Die Narbe wölbt sich nicht vor, ist zunächst eher eingesunken. T. machte nun einen geistig schwerfälligen und beschränkten Eindruck. Er hatte mancherlei Klagen ohne feststellbaren Befund.

Das anschließende Gutachten setzt eine etwa dreimonatige Frist in der Hoffnung auf weitere Besserung. Befürchtet wird Fortbestand der Epilepsie und sogar fortschreitende Verblödung. Es wird jedoch psychiatrische Beurteilung in Bethel angeraten.

II.

Der Vater hat auf unser Befragen, allerdings in dem ersichtlichen Bemühen, möglichst deutlich zu schildern (er legte besonderen Wert darauf, daß alles notiert würde), einige Angaben über das frühere und jetzige Verhalten seines Sohnes gemacht. Von denselben scheinen die folgenden glaubhaft: Sein Sohn sei früher ein kräftiger Mensch gewesen, »wie ein Pferd und nicht unterzukriegen«. Als Kind sei er gesund gewesen. In der Schule habe er gut gelernt. Er habe die Volkshochschule (Zeichnen und Malen) besucht und auch da Gutes geleistet. Von Charakter sei er ein freundlicher und fröhlicher Mensch gewesen. Schon nach dem Unfall sei der Sohn zerstreut gewesen. Er habe sich fortan leicht aufgeregt. Er sei auch öfter weinerlich gewesen und habe gelegentlich von Selbstmord gesprochen. Besonders verschlimmert habe es sich nach der Operation. Er sei ziemlich stumpf gewesen. Habe den Tag mit »Klüngelei« verbracht, er stand erst morgens um 10 Uhr auf, habe sich über alles leicht geärgert. Alles war ihm zu laut.

Der Verletzte selbst hat nur wenig angegeben mit der Begründung, er könne sich an frühere Begebenheiten nur schwer erinnern. Die Eltern lebten. Er habe an Diphtherie gelitten. Der Unfall sei mit 23 Jahren eingetreten. Die Krampfanfälle seien später gekommen. Die Krankenhäuser, in denen er gewesen sei, könne er nicht mehr alle aufzählen. Die Schule habe er mit Erfolg besucht. Die Anfälle merke er nur unmittelbar vorher: »Wenn ein Krampf im Anzug ist, dann habe ich ihn auch schon.« Zeitweise habe er Zucken im Körper ohne Anfall. »Das zieht sich alles zusammen.« Seine Beschwerden schildert er: »Ich habe hauptsächlich, daß ich die Gehirnschmerzen hab. Dann habe ich so ein Ziehen am Hinterkopf. Und ein Flimmern vor den Augen. Ich habe es ja Herrn Dr. schon gesagt, daß ich eine andere Brille haben wollte, und dann habe ich so in den Gliedern, am stärksten im l. Arm, so ein Zucken hab ich am ganzen Körper. Manchmal habe ich das, dann denke ich, daß ich schon wieder einen Krampf kriege. Immer ein Ziehen am Hinterkopf. Das ist, als wenn das ganze Gehirn faul ist. Operation und immer Operation; das ganze Jahr, das hört nicht auf. Da sind sie am murksen, das hört nicht auf.« »Ich hab nur immer so ein Brennen am Herzen. So als wenn das

Herz schwimmen tut. Das hab ich dem Doktor auch schon gesagt. Da verschrieb er mir die ollen Dinger, und er war froh, daß die Kopfschmerzen, und ich hab mehrere genommen. Aber was nützte das, wenn die Kopfschmerzen da waren, mehrere Stunden, dann fing das alte Geleier wieder an. Das geht so eine Zeit, dann tritt das wieder auf.« Der Verletzte wurde von seinem Vater gebracht und wieder abgeholt.

III. A.

Untersetzter, sehr muskelkräftiger, beleibter junger Mann. Kräftiger Knochenbau. Temperatur normal. Ernährungszustand gut. Hautfarbe gesund, nicht gebräunt, Hautbeschaffenheit straff. Am linken Oberschenkel 10 cm lange, gerade strichförmige Narbe mit sichtbaren Nahtstellen (Fascienentnahme?). Keine Störungen im Wachstum und der Ernährung der Hautorgane, Haare und Nägel. Hautschrift schwach. Am Bauch rot, an der Brust weiß. Keine Schwellungen. Keine Drüsenschwellungen.

Auf der Höhe des Scheitels 10:7 cm große unregelmäßig begrenzte Knochenlücke mit leicht wallartigen Bändern. Denselben liegt die Haut straff und wenig verschieblich an. Berührung der Knochenränder ist sehr schmerzhaft. Am linken Rande der Knochenlücke bogenförmige frische Operationsnarbe. In der Knochenlücke, welche meist eingesunken ist, sieht man schon aus einiger Entfernung das Gehirn gut pulsieren.

An einigen Tagen war der Zustand anders: dann wölbte sich die Haut in der Knochenlücke mehr oder weniger prall gespannt vor, die Hirnpulsation war mitunter auch in der Nähe kaum sichtbar, öfter wenigstens in ihrem Ausmaß wesentlich verringert. An solchen Tagen sah T. deutlich verfallen aus, legte sich ins Bett oder stand später auf. Der Puls zeigte in seiner Zahl und Beschaffenheit am Arm keine Veränderung an diesen Tagen.

Sehlöcher beiderseits leicht entrundet, mittelweit gleich. Sie verengern sich bei direktem und bei Lichteinfall in das andere Auge, jedoch links etwas undeutlicher als rechts. Augenbewegungen frei, Augenhintergrund ohne Befund. Sehschärfe wie früher. Kein Augenzittern. Ohrmuschel ohne Befund. Trommelfell zart und spiegelnd. T. versteht Umgangssprache gut, hört aber angeblich bei Prüfung mit Restluftflüsterstimme auch in 4 m Entfernung nichts. Die Prüfung der verschiedenen Hautsinne stieß auf große Schwierigkeiten. T. vermochte sich nicht zu konzentrieren, antwortete bald, bald wieder nicht; er war sehr unaufmerksam und döste vor sich hin. Schmerzreize wurden beiderseits bis etwa an das Knie nicht beantwortet, Watteberührung etwa in gleicher Ausdehnung unsicher, an den Zehen rechts gar nicht gespürt. Die Gesichtsmuskeln waren rechts gleich links beweglich. Ein Auge für sich zu schließen, gelang nur sehr unvollkommen. Die Zunge zeigte Narben, zitterte nicht und wurde gerade vorgestreckt. Das Gebiß war im wesentlichen gesund. Zäpfchen und Gaumen ohne Abweichung. Nasenrachenraum ohne Befund. Kein Speichelfluß. Schilddrüse nicht vergrößert. Lungen überall heller Schall, reines Atmen, regelrechte verschiebliche Grenzen. Herz: Grenzen regelrecht, Töne rein, Tätigkeit regelmäßig, Puls gleichmäßig, 84 nach Liegen. Blutdruck 92/158 mm Quecksilber. Nach Bücken keine Veränderung der Kreislauftätigkeit. Leib und Bauchorgane ohne feststellbaren Befund. Urin: spez. Gewicht 1019. E. ∅, Z. ∅, Reaktion sauer. Im Absatz einzelne

Schleimfäden, einzelne weiße Blutkörperchen, spärliche Oxalatkristalle. Verdauung regelrecht. Appetit ungestört. Gliedmaßen kräftig, gleichmäßig entwickelt, kein Muskelschwund, keine Muskelsteifigkeit oder Spannungserhöhung. Keine Lähmungen oder Verringerung der Muskelspannung. Keine Zuckungen, kein Zittern, kein Wackeln, keine Bewegungsunruhe, keine Bewegungsarmut.

Gang frei, beim Stehen mit Fuß-Augenschluß heftiges Schwanken. Kniehackenversuch links nicht ganz sichere Leistung, rechts ungestört. Finger-Nasenversuch ungestört.

Haut-, Knochen- und Sehnenzeichen:

Bindehaut —	rechts	gleich	links	vorhanden	
Gaumen	„	„	„	„	
Armbeuger —	„	„	„	„	
Armstrecker —	„	„	„	„	
Kniesehnen —	„	„	„	„	lebhaft
Fersensehnen —	„	„	„	„	auch vom Zehenballen auszulösen
Fußzittern ∅					
Unterarmknochenhaut —	„	„	„	„	
Bauchdecken —	„	„	„	„	in allen Bauchabschnitten
Hodenheber —	„	„	„	„	

Babinski: links angedeutete Zehenspreizung der vierten und fünften, rechts der zweiten bis fünften Zehe. Mendel: vorhanden, links vierte und fünfte, rechts zweite bis fünfte Zehe. Rossolimo fraglich. An manchen Tagen waren diese Zeichen bis auf das Mendelsche Zeichen nicht deutlich. Daumengrundgelenkreflex beiderseits ∅, Vorderarmzeichen beiderseits +.

Die stärkere Vorwölbung in der Knochenlücke war auf den Befund an den Reflexen ohne Einfluß.

Von Untersuchung der Wassermannschen Reaktion, des Blutes überhaupt und Röntgenaufnahmen konnte im Hinblick auf die früheren Befunde abgesehen werden.

B.

Im Verhalten auf der Abteilung bot Pat. ein ziemlich gleichmäßiges Bild. Er saß viel für sich allein, besah sich Bilder in Zeitschriften, las aber gewöhnlich gar nicht richtig, sondern überflog nur alles. Er war gern bereit, sich zu beschäftigen mit Hausarbeit oder mit Briefumschlagfalzen, erwies auch anderen Kranken gern eine Gefälligkeit und war ruhig. An einigen Tagen blieb er länger im Bett liegen und döste vor sich hin, dann klagte er über besondere Kopfschmerzen (s. o. körperliche Befunde dabei). Er war aber imstande, sich geordnet zu unterhalten; es fiel dem beobachtenden Bruder nur auf, daß er lange nach Worten suchte und oft mitten im Satz abbrach. Im Vordergrunde seiner Gespräche standen die Beschwerden, die er hat. Er betonte öfter, daß es nichts helfe, mißmutig zu sein. Bei Unterhaltung war er ein für Erzählungen anderer dankbarer Zuhörer.

Im ganzen hatte er wenig Aktivität und Eigenanregbarkeit, ließ sich vielmehr eher schieben und lenken. Seine Arbeiten erledigte er eher ober-

flächlich als genau. Im Wesen hatte er etwas schwerfälliges, kindlich hilfloses, mitunter kindlich vertrauliches. Bei den Untersuchungen, aber auch sonst, erschien er oft brummig, abwehrend, verschlossen, er brauste, wenn er Aufgaben lösen sollte, oft auf, weigerte sich, oder erschien verdrossen, mürrisch, barsch. Er gab sich aber auf Vorhalt offensichtliche Mühe, diese Neigung zu unterdrücken. Später unterzog er sich allen Prüfungen willig, hielt auch durch, geriet aber doch leicht außer Fassung, wenn die Dinge nicht so gingen, wie er wohl erwartet haben mochte.

Er brauchte zu allen Verrichtungen verhältnismäßig viel Zeit, an seinem Lebenslauf schrieb er $1^1/_2$ Stunde, obwohl derselbe nur lautet: »Lebenslauf. Am 1. 8. 1909 zu Bielefeld geboren, dann besuchte ich die Schule, als ich aus der Schule kam, überkam mich ein Unfall, an denen ich heute noch leide, habe immer Kopfschmerzen, heute ist es ganz stark an Stürmen. Das Nachdenken fällt mir schwer, mein Kopf ist ja nicht in Ordnung, mein Herz und das Gehirn brennen immer, das Gehirn ist wie ein Stück Eis und so schwer wie ein Zentner Blei. Das Schlafen ist hier auch nicht besonders, alles so laut. Heute waren wir zur Kirche. Dann war Mittag, am Nachmittag haben wir ein Freund besucht. Ich bin jetzt so durcheinander, daß ich das nicht mehr alles weiß, muß aufhören. Auf wiedersehen. Ich kann nich mehr, muß aufhören.« (Letzteres mit sehr viel schlechterer Schrift.)

Eine Neigung zur Ermüdbarkeit war oft deutlich. Beim Lesen unterbrach er oft und ruhte aus, indem er vor sich hindöste.

Mitunter hatte man den Eindruck, daß er sich in gewisse Erscheinungen und Verhaltungsformen hineinsteigerte. Am augenfälligsten war das bei Fragen aus seinem Leben. Dann wollte er meist gar nichts Genaues wissen. Er könnte sich nicht besinnen. Ebenso wollte er an einem Tage Farben, die er zwei Tage vorher richtig benannte, nicht nennen können. Auch die Art, wie er seine Beschwerden vorbrachte, konnte leicht den Eindruck erwecken, daß er stärker auftrug, als nötig, daß er seinen Beschwerden keinen aktiven Widerstand entgegensetzte und nicht viel tat, sie zu überwinden.

Sein sprachlicher Ausdruck konnte zumal in der Aufregung leicht etwas Gebrochenes, Gedrängtes an sich haben: z. B. als ihm gesagt wird, ein Eingriff käme jetzt nicht in Frage, und die Medizin allein nütze nichts: »Ach, Operation, ja Operation, das ganze Jahr nichts als Operation, murksen, Besserwerden ...« Z. B. als Bildbeschreibung des Bildes, wo ein Herr, der zwei aus dem Fenster schauende junge Damen sehr eifrig und aufmerksam grüßt, einen Jungen umgerissen hat, dessen Mutter mit einem kleinen Kind auf dem Arm erschrocken herbeieilt: »Ja ... was hat denn das zu bedeuten ... die schmeißt den da um ... Hier kommt er nun wieder ... oder will weggehen ... da laufen die nun ... weiß ich nicht, ob der den umgeschmissen hat, oder ob die den entgegenlaufen ... der kann ja weggehen ... oder daß der wiederkommt und daß er den umgelaufen hat.«

Im ganzen macht er einen wenig regsamen Eindruck.

C.

Ti. war immer zeitlich, örtlich und persönlich orientiert und war immer bei klarem Bewußtsein. Anfälle wurden hier nicht beobachtet.

Die Prüfung der geistigen Grundfähigkeiten ergab, daß T. sich auch

der wesentlichsten Vorfälle des letzten Lebensjahres annähernd erinnerte. Vorgesprochene Zahlen

6 4 8 7 3 5 beantwortete er 6 4 7 8 3
2 9 3 5 4 7 2 9 3 4 5 7

Ein Rechenexempel 3×3 hatte er während dieses Versuchs behalten. Eine einfache Figur zeichnete er aus dem Gedächtnis richtig nach. Schulkenntnisse erwiesen sich als lückenhaft, immerhin noch über dem Durchschnitt seines Standes.

Rechnen war sehr schlecht: 12×13, 23×44, 84—25, 81:9 wurden nicht gelöst. Teilweise zählte er an den Fingern oder vergaß die Aufgabe. Angewandte Aufgaben brachte er nur unter Mithilfe zustande.

Aus drei Worten bildete er richtige kurze Sätze. Lückentexte löst er einwandfrei, auch schwerere. Nennung allgemeiner Eigenschaften von Tierklassen, Beantwortung der üblichen Unterschiedsfragen (Teich—Fluß usw.) gut, Neid usw. ausreichend begrifflich bestimmt. Lesen: stockend, mit vielen Fehlern, eigentümlich eintönig, ohne Biegsamkeit, ohne Möglichkeit des Überblicks, an den Zeilen haftend, mitunter die Zeilen verlierend, mit dem Finger die Zeilen entlang fahrend.

Schrift ungeübt, aber ohne Störung.

Reizwortbeantwortung ungestört. Durchstreichung von Buchstaben in einem vorgelegten Text mit verhältnismäßig viel Auslassungen. Umstellsätze der Binet-Bobertagprüfung sofort richtig gelöst. Die kleine Geschichte desselben Versuchs gab er nicht eigentlich wieder, sondern knüpfte daran einige Betrachtungen, welche seine Sprechweise gut kennzeichnen: »Das ist doch leicht zu erklären, wenn ich doch an offenes Feuer gehe, dann darf ich doch nicht mit Petroleum hingehen, das muß sich doch schon jeder selbst sagen... Wenn ich doch schon was in der Hand habe, dann kann ich ja das erst an die Seite legen... da konnte er das Kind ja auf einen Stuhl legen ... das war das ... ein Kind ... wie alt war das doch ... wenn er mit der Lampe bei dem offnen Licht am Wirtschaften ist, dann muß er sich doch sagen, daß er das nicht darf, ... wenn er doch Petroleum haben mußte, das war doch ein Zeichen, daß er kein elektrisches Licht hatte ... Petroleumkanne rumlaufen (schüttelt den Kopf).«

Die Bilder des Binetversuchs wurden bis auf eines richtig gedeutet.

Die Ordnung von Geschichten schwererer und leichterer Straftaten nach ihrer Schwere gelingt ihm nicht, er liest die Geschichten umständlich durch, ist schließlich unsicher, welche er gelesen hat, legt sie schließlich ungeordnet weg: »Diese haben sich gezankt ... jede Geschichte ist doch anders, sie knallen, sie schlagen sich, der eine will mehr haben wie der andere ... (ordnen nach leichteren oder schwereren!) das leichte? Sie sagen doch ... Verbrechen ... was soll ich darunter verstehen. — — leicht und schwer ... da find ich keinen Unterschied — — der eine macht es so ... der andre verbricht es ... das ist kein Unterschied.« Es gelang nicht, ihm die ganze Aufgabe klarzumachen.

Gegenstände und Bilder zu benennen, gelang, ebenso die Bestimmung von Größenunterschieden vorgelegter Zahlen. Dagegen hatte er Mühe, auf Bildern Teile des Dargestellten zu benennen: z. B. nennt er Hahn sofort, nicht aber Hahnenkamm, ebenso nicht Schwanz (einer Katze), Hörner (einer Ziege) erst nach langem Überlegen.

Das Wort »Das Wasser« aus einzelnen Buchstaben zusammenzusetzen,

gelingt ihm nach langem Probieren. Zwischendurch hatte er das Wort wieder vergessen. Aus den vorgelegten Buchstaben w, k, c, e, n, e bringt er das Wort Wecken nicht zusammen. Dagegen findet er aus N, T, O nach längerem Probieren Not, und dann plötzlich rückwärts lesend ohne neu zu legen auch Ton. Dabei sehr echte Freude über die Lösung. Das Alphabet hersagen kann er nicht. Er soll es nun aus einem Haufen Buchstaben in Antiqua zusammenlegen. Er legt die Buchstaben nach Gutdünken in drei Reihen untereinander. Vielfach denselben Buchstaben mehrmals. X bezeichnet er als mal. Er soll nun die doppelten und dreifachen heraussuchen. Das gelingt ihm nur mit größter Mühe: Er sieht immer wieder über dieselben Buchstaben weg, er vergleicht immer nur jede senkrechte Reihe der dreifach untereinander gelegten Buchstaben. Dabei entgehen ihm alle die Buchstaben, welche in einer Querreihe wiederholt vorkommen. Es gelingt nicht, ihm die Quervergleichung klarzumachen. Erst als er anfängt, die Buchstaben einzeln nacheinander über die ganzen Reihen hinwegzuführen, findet er die doppelten sicher heraus.

Zur genauen Prüfung wurde nunmehr folgender Fragebogen benutzt:

Name: Datum:

Beispiele

Alle . . . . . haben einen . . . . . .
Menschen, Pflanzen, Wald, Kopf Berge Ast.
Der Schnee war . . . . . es warm geworden war
weiß, geschmolzen solange gefallen damit weil
Jedes Mädchen hat einen . . . . . und zwei
Zopf brüder Mund Zähne Auge Hände.

A. 1. Kranke Leute werden . . . . . . sie gesund sind.
bis beklagt als gepflegt gefragt ehe.
2. Manche . . . . . lassen sich nur mit großer Mühe . . . . . .
Handlungen halten handeln Krankheiten Wohltaten heilen.
3. Wer lange . . . . . hat sol . . . . .
ruhen, geschlafen, bezahlen Haare gearbeitet stehen.
4. Wenn die Blumen . . . . . werden die Wiesen . . . . .
größer, riechen bunter feuchter blühen verwelken.
5. Zum . . . . . braucht man . . . . .
kleben reinigen Blech heften Leim Lehm.
6. Der Knabe war . . . . . sodaß er . . . . . werden mußte.
krank belohnt bestraft müde gefragt faul.

Setze im folgenden Text die fehlenden Worte ein.

Das gestohlene Pferd.

B. Nahe an einem Walde weideten mehrere Pferde. Ein schlauer Pferdedieb lockte das schönste davon in den Wald, indem er Hafer aus einem Sacke nahm und auf den Boden . . . . . Er hatte ein Bündel mit viel Geld . . . . . sich. Dieses schnallte er schnell dem Pferd auf den Rücken, schwang sich in den Sattel . . . . machte sich aus dem Staube . . . . . er eine Weile geritten war, kam er an einen breiten Graben. Vor diesem hielt das Pferd an und getraute . . . . . weiter. Aber der Dieb durfte sich nicht . . . . . aufhalten, wenn er nicht . . . . . werden wollte. Deshalb schlug er auf das Pferd los, damit es . . . . . den Graben springe. Jedoch das Tier wurde . . . . .

bäumte sich hoch auf und . . . . . den Reiter ab. Dann rannte es im Galopp zurück. Der Bauer . . . . . das Pferd gehörte, saß inzwischen traurig zu Hause in seiner Stube . . . . . ein paar Tagen war ihm erst die Scheune abgebrannt. Nun hatte er . . . . . noch sein Pferd verloren. Seine Frau und seine Kinder weinten laut. Auf einmal . . . . . sie den Hufschlag eines Pferdes. Sie gingen . . . . . dem Lichte hinaus, denn es war . . . . . geworden. Da stand ihr gestohlenes Pferd und wieherte laut. Die . . . . . war groß. Als aber der glückliche Bauer das Pferd absattelte . . . . . er das Bündel des Diebes. Er öffnete es und sah zu seinem Erstaunen das viele . . . . . Damit konnte er seine abgebrannte Scheune wieder aufbauen lassen. So war das Unglück für ihn zum . . . . . geworden.

C. Beispiele: Messer schneidet — Nadel: spitz zerbricht sticht Eisen.
traurig: heiter — dunkel: trübe hell Stern, Nacht.
Riese: Zwerg — groß: dick, Ungeheuer: schwach, klein.
Bild: sehen — Lied: Musik singen malen hören.
kalt: Eis — heiß: Hitze warm Schnee Dampf.
Löwe: Tier — Rose: duftet Planze Blatt Dorn.
Mensch: Wohnung — Vogel: Haus singt Nest Ei.
Ankunft: Abreise — Anfang, Mitte Ende, Eisenbahn.
Monde: Erde — Erde: Wasser Himmel, Sonne scheint.
Matrose: Flotte — Soldat Gewehr Helm Schiff Herr.
Januar: Februar — Juni Monat Juli Mai Sommer.
essen: dick — hungern: Speise trinken mager müde.
Preußen: Deutschland — Teil: Sachsen England Europa, Ganzes
Kleider: Mensch — Haare: Kamm Hund Bart Stoff.
Eltern: Befehlen — Kinder: artig sollen gehorsam gehorchen.
kauen: Zähne — riechen Kiefer Nase Geruch Rose.
Steuer: Schiff — Schanz: Segel, Hund Katze Vogel.
Frühling: Sommer — Herbst: Ernte Winter Jahr kalt.
Kugel: Kreis — Würfel: eckig Körper Quadrat Linie.

D. Beispiele: Städten leben in Menschen? Ja Nein
Walde wachsen im Pilze? Ja Nein
Aus gemacht Holz werden Hüte? Ja Nein
1. Wohlschmeckende sind einer Früchte? Ja Nein
2. Holz meistens werden aus Kisten gemacht? Ja Nein
3. mit es Bildern gibt mehrere Bücher? Ja Nein
4. Kann Berg den Wasser das hinauffließen? Ja Nein
5. Schweres ist ein Verschwiegenheit Verbrechen? Ja Nein
6. Mit es Knöpfen gibt mehreren Kleider? Ja Nein
7. geheilt schmerzhafte vollständig werden können stets Krankheiten? Ja Nein
8. kann Erde der Pferd ein auf laufen? Ja Nein
9. Hasen schießen Rehe Jäger und? Ja Nein

E. Beispiele: 25 30 35 40 45 50 . . . 55 . . . . . 60 . . . .
4 5 7 10 13 19 . . . 25 32
3 2 5 4 7 6 . . . . . 9 8

2 3 4 5 6 7 . . 8 . .

6	9	12	15	18	21
9	1	9	2	9	3
40	33	27	22	18	15
16	1	14	3	12	5
5	4	6	5	7	6
16	8	4	2	1	1/2
1	2	4	8	16	32
15	13	11	9	7	5

F. 1. Wieviel Bücher sind 27 Bücher und 15 Bücher?
2. Wenn du 6 Wochen lang jede Woche 7 Pf. sparst, wieviel hast du dann im ganzen?
3. Franz hat 20 Mk. in der Sparkasse, seine Schwester Emma hat nur 14 Mk. Franz möchte, daß sie beide gleich viel haben. Wieviel muß er dann seiner Schwester von seinem Gelde geben?
4. Wenn 7 Flaschen Wein 21 Mk. kosten, wieviel kosten dann 9 Flaschen?
5. Max ist 12 Jahre alt, Paul ist 3 Jahre jünger als Fritz und Fritz ist 4 Jahre älter als Max, wie alt ist Paul?
6. 5 Männer streichen einen Zaun in 4 Tagen. Wieviel Männer sind nötig, um ihn in einem halben Tag zu streichen?
7. Ein Meter Band kostet 4 Mk. Wieviel Meter Band bekommt man für 17 Mk.?
8. Wenn ich zu dem Dreifachen einer Zahl 4 hinzuzähle, so bekomme ich 25. Wie heißt die Zahl?
9. Ein Händler kaufte eine Anzahl Schafe für 800 Mk. und verkaufte sie für 1010 Mk. An jedem Schaf verdiente er 10 Mk. Wieviel Schafe waren es?

Schreibe den ersten Buchstaben deines Vornamens an das linke Ende des Striches und den letzten Buchstaben deines Zunamens an das rechte Ende des Striches.

G. Unterstreiche alle Zahlen, die größer als 30, aber kleiner als 40 sind.

28 97 81 53 46 75 31 68 92 14 86 23 57 42 79
35 64 19 39

Wenn du genau weißt, wie oft im Jahre die Sonne scheint, dann schreibe das Wort »selten« vor die 3, wenn du es nicht weißt, dann schreibe das Wort »oft« hinter die 3

1 2 3 4 5

Schreibe alle Buchstaben, die mehr als einmal, aber weniger als dreimal in dem Wort Konstantinopolitaner vorkommen, zwischen die beiden Punkte.

● ●

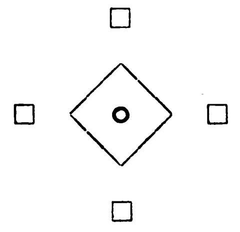
Wenn die Worte in die richtige Reihenfolge geordnet werden, welches ist dann der 4. Buchstabe des dritten Wortes?

Schreibe in in das Quadrat.

( )

Vierzig Sechzig Dreißig fünfzig zwanzig.

Ziehe eine gerade Linie von dem linken Punkte bis zur oberen Ecke des Vierecks und ziehe eine gerade Linie von dem kleinen Kreise bis zum unteren Punkte.



Ich fand diesen Fragebogen im Gebrauch der Betheler Fürsorgeerziehungshäuser vor, als ich nach Bethel kam. Wer ihn zusammengestellt hat, konnte ich nicht in Erfahrung bringen. Er hat mir aber in zahlreichen Fällen gute Dienste getan, dort wo die üblichen Texte zu primitiv waren oder ungeeignet um feinere Störungen nachzuweisen.

An sich soll der Prüfling den Bogen ganz selbständig ausfüllen; die erste Aufgabe besteht aber jedesmal zunächst darin, aus der vorgegebenen Beispiellösung die Aufgabe und ihre Lösungsmethoden selbst zu finden. Bei Kranken muß oft die Aufgabenklärung, bzw. eine Anleitung vorangeschickt werden, bis die Aufgabe und die Methode richtig verstanden wird.

Aufgaben wie Messer schneidet ... Nadel spitz, zerbricht, sticht als Beispielslösung und Bild sehen — Lied: Musik, singen, malen, hören als Aufgabe löst er nicht. Dagegen kann er die Fortsetzung finden zu Zahlenreihen etwa wie: 6, 9, 12, 15, 18
oder 16, 1, 14, 3, 12, 5, er setzt fort 10, 7.

Sehr eigenartig war sein Verhalten bei folgender Aufgabe: Beispiele

Städte leben in Menschen	Ja	Nein
Walde wachsen im Pilze	Ja	Nein
aus gemacht Holz werden Hüte	Ja	Nein

1. wohlschmeckende sind Eier Früchte	ja	nein
2. holz werden meistens aus Kisten gemaccht	ja	nein
7. geheilt schmerzhafte vollständig werden können stets Krankheiten	ja	nein
8. kann Erde der Pferd ein auf laufen	ja	nein
9. Hasen schießen Rehe Jäger und ...	ja	nein

Er hatte die Aufgabe sich selbst überlassen nicht gelöst, auch gar keinen sichtbaren Versuch dazu gemacht. Unter Anleitung beantwortet er nun die meisten der Umstellsätze richtig. Z. B. Eier sind doch keine Früchte, Pferde können doch auf der Erde laufen. Es gelingt ihm aber nur einmal, die Gesamtaufgabe der Unterstreichung des ja oder nein richtig zu lösen. Er hat sie zwar niemals vergessen, hat auch verstanden, worauf es ankommt, aber er findet den notwendigen einheitlichen Entschluß

nicht und weiß dann mit dem ja und nein nichts anzufangen. Den Satz mit den Krankheiten löst er nicht, am letzten kann er mit dem »und« nichts anfangen, »was soll denn das und ... Hasen schießen doch keine Rehe, Herr Doktor...

Wegen des Verhaltens verweise ich auf die Befundschilderung im Gutachten.

Das Ergebnis der Leistungsprüfung war in mancher Hinsicht überraschend. Es zeigte ein Auseinanderfallen der Leistungen je nach den verschiedenen Richtungen geistiger Betätigung. Und zwar schieden sich die Gut- und Schlecht-Leistungen nicht einfach danach, ob eine Aufgabe größere oder geringere Anforderungen an das Nachdenken des Prüflings stellt, ob sie materialiter schwerer oder leichter lösbar war. Sondern bei Aufgaben scheinbar gleicher Schwere, wie z. B. der Lückentextergänzung und der Zahlenreihenfortsetzung einerseits, dem Analogie- und Auswahlurteilstest andererseits ergaben sich ganz verschiedene Resultate. Zunächst schien sich dieses Verhalten mit einer gewissen Unberechenbarkeit seiner Leistungsfähigkeit auch im Alltagsverhalten zu decken. Man hätte vielleicht sagen können: Solch widerspruchsvolle Ergebnisse zeitigt bei Ti. jeder Beschäftigungsversuch, und die intellektuelle Leistungsprüfung deckt nichts Besonderes auf. Gewiß sind die Gleichläufigkeiten im Alltags- und im Prüfungsverhalten offenkundig, die Prüfung soll aber eben doch erlauben, die Gründe des ungleichmäßigen Leistenkönnens, die Gründe des auch im Alltagsverhalten zeitweilig scheinbar unerklärlichen Versagens aufzudecken. Auf den ersten Eindruck erweckte Ti. zumal Unerfahreneren immer wieder den Eindruck des übertreibenden, klagsamen Neurotikers, der sich bei komplizierteren Aufgaben einfach nicht zusammenreißt, ja mitunter entstand sogar der Eindruck der Pseudodemenz. Gefühlsmäßig, eindrucksmäßig schien während der ganzen Beobachtung klar zu sein, daß Ti. keineswegs so schwer dement sein könne, wie es nach dem Ausfall einzelner der vorgenommenen Prüfungen den Anschein hat. Gewiß waren Merkfähigkeitsstörungen, auch gewisse Wortfindungsstörungen, Ausfälle beim Rechnen u. a. immer vorhanden. Sie konnten aber doch das schwere Versagen vor gewissen Aufgaben nicht erklären. Auch zeigte sich sowohl auf der Abteilung als auch während der Prüfungen, daß Ti. eine Fülle einwandfreier gesunder Urteilsleistungen vollzog. Und nicht minder wie beim Pseudodementen die Gewißheit besteht, daß er mehr könne als er leiste, schien hier aus dem gleichen Verhältnis zwischen Leistung und Vermögen die Diagnose: »zeitweiliges pseudodementes Versagen unter der Prüfungssituation« zum mindesten wahrscheinlich. Andererseits war bei den Prüfungen augenscheinlich, daß Ti. sich Mühe gab. Insofern wich sein Verhalten von dem des Pseudomenten doch auch wieder merk-

lich ab. Es fehlte die beim Pseudodementen so kennzeichnende theatralische gezwungene Scheinanstrengung des Denkens, vielmehr hatte man die Sicherheit, daß Ti. sich ganz unbefangen und ungezwungen gab. Sehr bald zeigte sich ferner auch, daß das Versagen nicht auf irgendwelche vorübergehenden Störungen im Auftauchen aufgabeentsprechender Einfälle zurückzuführen war. Dagegen sprach, daß Ti. offenbar nur bei bestimmter formaler Struktur der Aufgaben versagte, nicht aber bei bestimmten Aufgabematerien. Warum traten Einfallshemmungen immer nur bei struktureller, nicht materialer Eigentümlichkeit der Aufgaben ein? Offenbar lag die Begründung des Versagens in der formalen Besonderheit der Aufgaben A, D, G, denn die Erklärung des Versagens konnte weder in einer durchgängigen Urteilslosigkeit noch in einer Störung elementarer Leistungsfähigkeiten (Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, reproduktives Entfallen des geistigen Besitzes) noch in einer Pseudodemenz gesucht werden.

In der Tat sind die Aufgaben des Fragebogens, bei welchen Ti. versagt, besonders gelagert. Diese Aufgaben bestehen nicht nur darin, bestimmte urteilsmäßige Zuordnungen zu vollziehen, indem man z. B. in Aufgabe D erkennt, wie die einzelnen Worte der betreffenden Sätze geordnet werden müssen, sie besteht auch nicht nur darin, die Richtigkeit bestimmter Urteile zu prüfen, welche in dem geordneten Satz ausgesprochen werden, darüber eine bündige Entscheidung zu fällen und dabei die Lösung nach einem vorgegebenen Beispiel in Anwendung eines vorgeschriebenen Lösungsschemas zu finden. Sondern wesentlich an den Aufgaben ist, daß sie zur schließlichen Entscheidung die Vereinigung aller dieser Gedankenoperationen gleichzeitig in ganz bestimmter Aufeinanderfolge und Ineinanderfügung verlangen. Um eine solche Aufgabe zu lösen, muß man nicht nur das Lösungsschema mit seinen Vorschriften ständig gegenwärtig haben, sondern auch als Hintergrund der endlichen Entscheidung den geordneten und seinem Sinne nach richtig beurteilten Satz. Man muß nicht nur vor der schließlichen Entscheidung imstande sein, aus diesem Gesamthintergrund bald dieses bald jenes Moment zu aufmerksamerer Betrachtung herauszuheben, und die Aufmerksamkeit ständig verlagern und neu verteilen, gleichzeitig aber in diesem ständigen Aufmerksamkeitswechsel die Gesamtaufgabe und alle inzwischen bereits erreichten Lösungsstufen nicht mehr aus den Augen verlieren zu können. Sondern man muß alles dies schließlich in einem Schlußakt vereinigen können. Auf diese zusammenfassende Vereinigung bei schwebender Verteilung der Aufmerksamkeit kommt es hier geradezu an.

Wir werden noch zeigen, daß der Gesunde in der Tat die Aufgaben dementsprechend löst. Ti. kann dies offenbar nicht. Er

verhält sich vielmehr ganz anders. Er greift die Lösung zunächst an, erkennt aber in der Beispielslösung des Fragebogens nicht, daß es auf die Unterstreichung des Ja oder Nein ankommt, sondern bleibt völlig befangen in der Umstellaufgabe. Nachdem er dies schließlich unter Anleitung verstanden hat, nachdem er auch unter Anleitung die Beispielslösung noch einmal durchgeübt hat, macht er sich eifrig an die Lösung der eigentlichen Prüfungsaufgaben. Hierbei löst er nun die nicht ganz verwickelten Umstellungen ziemlich rasch, er weiß auch bei entsprechender Besinnung, daß er danach die Frage entscheiden soll, ob das in dem umgestellten Satz ausgesprochene Urteil richtig ist oder nicht, er weiß schließlich auch, daß er seine Lösung durch Unterstreichung des Ja oder Nein kundtun soll, vielfach findet er für sich auch die richtige Lösung. Wenn er aber nun daran gehen soll, die Aufgabe schriftlich auf dem Bogen zu erledigen, versagt er doch und unterstreicht entweder gar nicht oder falsch, oder er fängt das ganze Bemühen noch einmal von vorn an. In letzterem Falle vollzieht sich nun dasselbe Spiel von neuem: die Teillösungen gelingen, wenn auch mitunter nur unter Anstrengung, die Zusammenfassung gelingt nicht.

Unter Berücksichtigung dieser eigentümlichen Leistungsstörung kam das Gutachten zu folgenden allgemeinen Feststellungen:

IV.

1. Konnte nach den ersten Operationsbefunden im Jahre 1927 und dem ersten Verlaufsabschnitt der Unfallfolgen bis 1929 die Frage noch offen bleiben, inwieweit der an sich heftige Unfall das Gehirn dauernd geschädigt habe, so konnten doch andererseits die schweren Allgemeinsymptome und besonders der rasch entstandene Hirndruck darauf hinweisen, daß nicht nur eine Verletzung des Schädels, sondern auch des Gehirns in Form einer Hirnquetschung mit nachfolgender Blutung in die Hirnhäute stattgefunden habe. Der weitere Verlauf mit dem Auftreten echter epileptischer Krämpfe und ihrer allmählichen Steigerung bis zu der heftigen Verschlimmerung im August 1932 (30 Anfälle am Tag!) konnten diese Annahme zur Gewißheit bringen. Derartige Anfälle sind eigentlich nie Folge bloßer Hirnerschütterungen oder Schädelbrüche, sondern fast ausschließlich die Folge von Verletzungen des Gehirns selbst.

Der inzwischen erhobene Operationsbefund hat diesen Schluß bestätigt. Indem sich (wie erfahrungsgemäß zu erwarten) eine Flüssigkeitshöhle an der Verletzungsstelle im Gehirn tatsächlich fand, ist erwiesen, daß an der betreffenden Stelle das Gehirn durch Quetschung bzw. Blutung in gewissem Umfang untergegangen ist, und daß sich die Quetschung so ausdehnte, daß sie nicht durch eine Narbe völlig geschlossen werden konnte. Unter diesen Umständen bilden sich im Gehirn leicht flüssigkeitsgefüllte Hohlräume. Deren allmählich zunehmende Füllung bedingt dann nicht selten eine Steigerung der Krämpfe, welche ihrerseits wieder infolge der Blutkreislaufschwankungen im Gehirn, die sie hervorrufen, eine neue zusätzliche Schädigung des Gesamtgehirns herbeiführen können.

Erfahrungsgemäß pflegen bei solch schweren Verletzungen durch sogenannten Contrecoup Hirnquetschungen bzw. oberflächliche Hirnblutungen in der Hirnrinde an verschiedenen Stellen des Hirns zu entstehen. (Stirnhirnbasis, Schläfenlappenpol u. a.) Doch entziehen sich, wie meist, so auch bei T., diese kleineren Quetschungen anderer Gehirnpartien dem Nachweis während des Lebens.

Unter allen Umständen ist durch die vorgenommene Operation erwiesen, daß der Unfall des Jahres 1927 bei T. schwere Folgen in der Beschaffenheit des Gehirns, besonders auf der Höhe des Schädeldaches in der Scheitel-Stirngrenze hinterlassen hat.

Die gefundenen Verwachsungen zwischen Hirn, Hirnhäuten und Knochen dürften auf stattgefundene Blutungen in die Hirnhäute zurückzuführen sein. Ihre Bedeutung für den späteren Zustand sowie die Bedeutung ihrer Lösung bei der Operation ist schwer einzuschätzen.

Diese rein medizinischen Vorbemerkungen waren erforderlich zum Verständnis der folgenden Ausführungen.

2. T. ist ursprünglich den Gutachtern nicht als neurotisch erschienen, erst später sind Zweifel in dieser Hinsicht aufgetaucht, und zwar sowohl dahingehend, daß seine Beschwerden rein seelischen Ursprungs seien, als auch dahin, daß er aus Rentensucht seine Beschwerden stärker in den Vordergrund rücke als nötig.

Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß manche Züge auch im jetzigen Verhalten für eine rentensüchtige Übertreibung sprechen können: z.B. die wortreiche Klagsamkeit gegenüber dem Untersucher, ein ruhigeres Verhalten gegenüber den Mitkranken und Erreglichkeit bei den Untersuchungen. Es ist auch unzweifelhaft, daß die geklagten Beschwerden, zum Teil wenigstens, aus rein seelischen Ursprüngen herauswachsen. Z.B. gilt das für manche Herzbeschwerden, für die Schwierigkeiten beim Lesen, für die Gedächtnisschwäche hinsichtlich konkreter Daten aus seinem Lebensgang u. a. m.

Es ist aber fraglich, ob beide Gesichtspunkte ausreichen, um den gegenwärtigen Zustand zu erfassen. Hat es doch schon von vornherein etwas Mißliches, bei einem so schweren Unfallkranken, wie T. mindestens in der Mitte des vorigen Jahres gewesen ist, dauernd nur den Neurotiker zu suchen und zu sehen.

Nun machen schon die neurologischen Feststellungen darauf aufmerksam, daß nicht alles am jetzigen Zustand neurotisch sein kann. Bald schwächer, bald stärker ausgeprägt wurden abnorme Reflexe an den Füßen gefunden, auch fügt sich die beobachtete Sensibilitätsstörung gut in das neurologische Gesamtbild ein. Die Verletzung liegt in einer Gegend des Schädels, die den Herdstellen für die Füße und Unterschenkel mindestens sehr benachbart ist, und zwar sowohl den Herdstellen für Bewegung als auch für Sinneserregungen der Füße und Unterschenkel. Form- und Begrenzung der Empfindungsstörungen entsprechen dem bei Verletzungen dieser Gegend auch sonst erhobenen Befunde.

Nun sind diese Störungen für die Beurteilung der Erwerbstätigkeit bedeutungslos, man kann auch mit ihnen sicher einwandfrei arbeiten. Sie weisen aber darauf hin, daß noch gegenwärtig der erlittene Hirnschaden sich in greifbaren Störungen der unbewußten Nerventätigkeit geltend macht,

und es entsteht die Frage, ob sich nicht auch seelische Störungen diesen körperlichen hinzugesellen.

Dies ist nun in der Tat der Fall, und zwar in einer den Rahmen des neurotischen durchaus überschreitenden Ausdehnung und Beschaffenheit. Schon die Willigkeit, mit der T. sich in das Anstaltsleben fügte und mitarbeitete, sprach dafür, daß nicht allein eine Neurose vorliegt. Auch die eigenartige kindliche Hilflosigkeit und die mangelnde Eigenanregbarkeit würden m. E. gegen reine Neurose sprechen. T. macht eben an sich im ganzen, auch wenn man von den Angaben des Vaters nichts wußte (wir haben den Vater erst bei der Abholung des Sohnes, nach Abschluß der Beobachtung gesprochen) einen seelisch nicht gesunden Eindruck. Er ist wenig regsam, eintönig, zeigt eine eigenartige Mischung von Unregsamkeit und Nachlässigkeit hinsichtlich seiner Person einerseits und übertriebener Vorsicht und Betonung gegenüber seinen Klagen und Beschwerden andererseits, ist in merkwürdiger Weise gleichgültig gegen seine Zukunft und nur auf die Beseitigung seiner Beschwerden eingestellt. Gemütliche Schwankungen zeigt er allerdings nicht. Dabei ist er unmännlich, kindlich, anlehnungsbedürftig. Wenn man den Angaben des Vaters deswegen trauen darf, weil die früheren Untersucher alle diese Erscheinungen nicht beobachtet haben, sondern ausdrücklich feststellen, T. habe keine seelischen Auffälligkeiten gezeigt, so wird man heutige unverkennbare Herabsetzung der Gesamtpersönlichkeit T. doch wohl mit der nachgewiesenen Verschlimmerung seines Leidens in Zusammenhang bringen dürfen.

Man wünschte sich aber gern noch einen objektiveren Anhaltspunkt für die Beurteilung als diese Eindrücke, die man im Umgang mit T. gewinnen mußte. Diese sind gegeben in den Ergebnissen der Leistungsfähigkeitsprüfungen unter III B. Dieselben wurden daher auch in größerem Umfange als sonst üblich durchgeführt.

In ihnen zeigt sich nicht das Bild der Scheinverblödung (Pseudodemenz), wie es viele Neurotiker in der Beobachtungs- und Untersuchungssituation darbieten. Sondern — wenn man von den obengenannten neurotischen und rentensüchtigen Einschlägen absieht, geradezu das gegenteilige Bild. T. merkt genügend, er löst selbst schwierigere Lückentexte, er beantwortet Unterschiedsfragen usw. richtig. Dagegen versagt er beim Rechnen und beim Lösen verwickelterer Aufgaben wie z. B. der am Schluß genannten. Das ist eine Ungleichmäßigkeit, wie sie vom Neurotiker mit seinen aus seelischen Zusammenhängen herauswachsenden Symptomen in der Regel nicht gezeigt wird. Man erkennt auch in den Lösungen verschiedenartigster Aufgaben durchaus die Willigkeit T.'s, sachgemäß zu antworten. Er versagt nur eben gewissen Aufgaben gegenüber. Dabei ist die Rechenstörung etwas bei Hirnverletzten nicht Ungewohntes, wenn auch in ihrer Entstehung noch ungeklärt.

Deutlicher aber sind die Erscheinungen beim Versagen in der Lösung der gleichzeitigen Umstellung und Beurteilung gewisser Sätze. Hier konnte T. das einzelne lösen. Er gab sich dabei auch unverkennbare Mühe. Er besaß aber nicht die Fähigkeit, schließlich die Gesamtaufgabe zu lösen. Er verlor vielmehr, sobald er sich der Endlösung zuwendete, das Ganze aus dem Auge, so daß ihm nur einmal bei besonders günstigen Bedingungen (unmittelbar vorhergegangene neuerliche Erklärung der Aufgabe und leicht umstellbarer Satz) die richtige Lösung gelang. Im übrigen brachte er

nach der Umstellung die Beurteilung nicht zustande, oder bei weniger durchsichtigen Sätzen nicht einmal die Umstellung. Er stand etwa auch vor dem Bruchstück »und« in »Hasen schießen Rehe und Jäger und« als vor einem unverständlichen Wort, das gar nicht hergehörte; er fragte immer: und? Hasen schießen doch keine Rehe, das tut doch der Jäger, was soll denn das »und«...

Da er die keineswegs leichtere Aufgabe eines Lückentextes gut gelöst hatte, ergab sich das Prinzip der Deutung seines Verhaltens darin, daß beim Lückentext infolge der allmählichen Entwicklung der Erzählung die Lösung einer Lücke immer eine engbegrenzte, durch den bisherigen Sinn ziemlich eindeutig bestimmte Aufgabe darstellt. Bei der letztbesprochenen Aufgabe handelt es sich nicht nur darum, unter Festhaltung einer Gesamtaufgabe gleichzeitig die Umstellung und die Beurteilung der Teillösungen vorzunehmen und dabei die Aufmerksamkeit sowohl auf das Ganze zu verteilen als auch jeweils hier bei der Umstellung oder dort bei der Beurteilung zu accentuieren. Sondern man muß nach ständiger Verlagerung der Aufmerksamkeit unter gleichzeitiger Vorausschau auf die durchzuhaltende Gesamtaufgabe, eine schließliche Vereinigung aller Teilglieder und Teillösungen vornehmen. Dies kann Ti. nicht. Er vermag immer nur das Einzelne im Blickfeld zu behalten und dann auch gut zu lösen. Jedesmal aber, wenn er nun, alle Teillösungen gleichzeitig im Auge habend, endgültig entscheiden soll, versagt er und verliert den Faden, so daß er jedesmal wie vor einer völlig neuen Aufgabe steht. Dabei gelangen ihm auch die unvollkommenen Lösungen nur unter ständiger Führung und Anleitung.

Unter dem gleichen Gesichtspunkt wird sein Verhalten beim Alphabetlegen und wahrscheinlich auch beim Rechnen verständlich.

Aus der Eigentümlichkeit der Störung wird die Schwierigkeit ihres Nachweises, welche ganz besonders eingehende Untersuchung erfordert, verständlich. Es kommt eben ganz darauf an, unter welchen Umständen man untersucht. T. wird, wenn man nur Einzelfragen aufgibt, immer Leidliches leisten, aber an anderer Stelle plötzlich versagen, obwohl die ganze Aufgabe als solche nicht schwerer erschien. Es ist klar, daß dies leicht den Verdacht auf Widerwilligkeit oder Vortäuschung erweckt. Diese Störung im Gesamtverhalten verwickelteren Aufgaben gegenüber ist zwar keine Herabsetzung der elementaren Fähigkeiten, wohl aber eine schwere Schädigung in der Verwendung der an sich ungestörten elementaren Fähigkeiten.

Man findet ähnliche Störungen bei Hirnverletzten auch sonst.

Um den letzten Satz dieses Gutachtenabschnittes wenigstens mit einem Beispiel zu belegen, führe ich hier eine Krankengeschichte eines z. Z. in Bethel befindlichen Kaufmanns an, welcher durch einen Motorradfahrer angefahren wurde und eine schwere Schädelverletzung erlitt.

Fall II. Herr K. G. hat am 2. 4. 30 bei einem Unfall einen schweren Schädelbruch erlitten. Auszug aus einem früheren Gutachten.

Der Vater des Herrn G. gab an, daß sein Sohn durchaus nicht bösartig sei, aber andauernd Schwierigkeiten mache. Er habe keine Krankheitseinsicht und absolut kein Verständnis dafür, daß er in seiner geistigen

Leistungsfähigkeit herabgesetzt sei. Er wisse alles besser und sträube sich gegen jeden noch so gut gemeinten Versuch, ihn geistig zu fördern. Er verplempere sein Geld mit unnützen Sachen und sei sehr hartnäckig, wenn er wieder Geld brauche. Er habe einen ausgesprochenen Hang zum Schwadronieren und blende damit Uneingeweihte. Ein 36 jähriges Mädchen übe offenbar einen schlechten Einfluß auf ihn aus. Er sei mißtrauisch und lüge auch in letzter Zeit. Erfindet lange Berichte, an denen kein Wort wahr sei. Sein Denken sei wie ein Brei, außerordentlich weitschweifig, so daß man schließlich gar nicht mehr wisse, was er wolle. Der Vormund machte genau die gleichen Angaben. Dieser hatte gehofft, einen erzieherischen Einfluß auf G. ausüben zu können, sehe aber nunmehr ein, daß das ganz unmöglich sei. Betont seine ausgesprochene Klebrigkeit.

Beobachtung in der Klinik bestätigt die Angaben beider. Hervorgehoben werden: gesteigertes Selbstbewußtsein einerseits, Umständlichkeit und Klebrigkeit andererseits. Ferner die Neigung, seine Sentenzen in moralisierender Weise vorzubringen. Mangelnde Urteilkraft, was u. a. daraus hervorgehe, daß er den untersuchenden Arzt nach so und so viel Untersuchungen eindringlich fragt, was das alles zu bedeuten habe. Er müsse endlich Klarheit haben, betonte er immer wieder, wußte aber nicht, worüber er eigentlich Klarheit haben möchte.

Hinsichtlich intellektueller Fähigkeiten ergab sich folgender Befund: Ausgesprochene Gedächtnisschwäche. Brachte zeitliche Daten aus seinem Leben völlig durcheinander. Wortfindungserschwerung, namentlich für Namen und geographische Begriffe. Auffassungs- und Urteilsfähigkeit sind im wesentlichen erhalten, jedoch geschieht die Wiedergabe mit außerordentlicher Weitschweifigkeit und Umständlichkeit. Erzählungen mit groben Sinnwidrigkeiten vermag er nur zur Hälfte wiederzugeben, und Aufgaben, die eigenes Denken verlangen, kann er keinesfalls lösen. Das Rechnen hat sich nicht wesentlich gegen die erste Zeit nach seinem Unfall gebessert. Aufgaben wie 263—45 oder 769—81 löst er falsch. Die Aufgabe: 16 Maurer arbeiten an einer Mauer 7 Tage, wieviel Tage arbeitet einer? löst er folgendermaßen: »Wenn ein Mann arbeitet, ist das 16:7, das ist 2«, dann noch mal »das ist 16:7; 2 mal 7 ist 14 und 2 ist 16, das wären dann eben $2^1/_2$ ungefähr.« Das Versagen ist ihm sehr unangenehm, versucht es zu beschönigen, könne es ganz gut, müsse nur Zeit dazu haben (usw.). Lesefähigkeit nicht gestört. Spontanzeichnen zweifellos gebessert. Alles Konstruktive fällt ihm sehr schwer. Ein Fünf-Eck zeichnen gelingt erst nicht, weil er es vom pythagoräischen Lehrsatz ableiten will. Diesen kann er aber auch nicht angeben. Auch das Zusammensetzen von Bildern gelingt ganz und gar nicht. Störung des Farbenerkennens hat sich zurückgebildet. Erinnerungsflächen im Sinne des Déjavu sind in H. nicht eruiert worden.

Körperlicher Befund: Die Sehstörung im Sinne einer Quadranten-Anopsie hat sich nicht wesentlich gebessert. Ausgesprochene Geruchssinnstörung. Äther, Eisessig, Petroleum usw. werden links überhaupt nicht, rechts nur Eisessig ganz schwach erkannt. Geschmack in bezug auf die Wahrnehmung des Süßen gestört.

Gehör: Flüsterstimme wird in 4 m Entfernung wahrgenommen.

Neurologischer Befund bis auf das Vorhandensein einer thalamischen Hyperpathie der rechten Gesichtshälfte (Unangenehm kitzliges Gefühl. »Es schüttelt einen«.)

Leichte ataktische Störung bei der Ausführung des Fingerspitzen-Nasen-Versuches. Ungeschicklichkeit der rechten Hand beim An- und Auskleiden und anderen Verrichtungen, zu denen er die Benutzung der linken Hand bevorzugt. Bewegungsüberschuß beim Ergreifen von Gegenständen mit der rechten Hand. Hierin sei der Ausdruck einer apraktischen Komponente zu erblicken.

Bei der Prüfung der Adiadochokinese bleibt die rechte Hand im Rhythmus gegen links zurück.

Die Sensibilität für taktile Reize ist am ganzen Körper herabgesetzt. 10 Gramm Reizhaar als Reizschwelle. Besonders stark herabgesetzt an der rechten Hand, am rechten Unterarm, am fünften Finger und an der lateralen Seite des vierten Fingers. Die Prüfung war sehr erschwert, weil sich Pat. nicht längere Zeit auf die Angelegenheit konzentrieren konnte, sondern immerfort Erklärungen abgeben wollte.

Röntgenaufnahmen ergaben in H., daß noch ausgedehnte Fissuren am Schädel vorhanden sind. Links hinten ist ein Teil des Knochens unter einen andern geschoben. Rechte Lamdanaht zeigt deutliche Dehiszenz. Veränderung gegen 1930 nur insofern, das die Nähte weniger klaffen. Weiter radiologisch: Ausgedehnte Schädeldachfraktur mit Impression links und in der Scheitelgegend.

Aus den hiesigen Aufzeichnungen gebe ich — einer Aufforderung der Schriftleitung zur Kürzung nachkommend — nur einzelne Beispiele:

(Wann ist der Unfall gewesen?) Der Unfall ist in der Nacht vom 2. auf 3. April 1930 —.

(Wie abgelaufen?) Der ist — — haben Sie die Akten nicht gekriegt? — also Herr Doktor — das möchte ich Ihnen von vornherein sagen — daß Sie das auch bestätigt finden, wenn Sie die Akten kriegen — daß ich am 24. Juni bei der Verhandlung in M. wegen dieses Unfalls — da habe ich gesagt — da habe ich gesagt — ich wundre mich, daß ich mich in diesem Zustand dermaßen konzentrieren konnte — daß ich sagen konnte, wie es gewesen ist — daß ich es nicht wußte — sondern von zweiter und dritter Seite von Hörensagen wissen konnte — ich bin reingekommen — also kurz und gut — ich wußte von der ganzen Sache nichts — ich bin fünf Monate im Krankenhaus gewesen bei Herrn Dr. *Magenau* — und wußte dann gar nichts — bin bewußtlos gewesen — künstlich ernährt gewesen — da stand ich immer da vor einem großen Rätsel — das werden Sie wohl aus der Praxis wissen — daß einer, der bewußtlos ist — ab und zu lichte Momente hat — das habe ich auch gehabt — das habe ich auch gestern Herrn Dr. gesagt, daß ich immer fast dauernd Selbstmordgedanken gehabt hatte — das ist ja eigentlich Blödsinn — ich habe die ganze Zeit eine kolossale Lebensbejahung gehabt — es war eben durch den ganzen Zustand — ich wußte überhaupt von gar nichts — ich bin — auf einmal lag ich im Krankenhaus — die ganze fremde Atmosphäre sagte ich — Herrschaften was ist das — da hatte ich immer noch ein Glück — im Unglück — gehabt — die Krankenschwester die kannte mich von früher noch — die sagte später — wie sie meinen Namen an der Tafel gelesen hatte — G. — das kommt

mir bekannt vor — die ist nämlich Dienstmädel bei Prof. K. gewesen — der ist jetzt in B. — der ist Theologe bei der Universität — und zwar ist das ein guter Bekannter — dessen Sohn — wir waren zusammen auf einer Schule — und wir haben zusammen immer gespielt — daher hat sie mich gekannt — na kurz und gut — ich bin da bewußtlos gewesen — möchte gleich sagen — ich schweife manchmal etwas vom Thema ab — das werden Sie wohl gemerkt haben — die Sache kommt mir bildlich — kann ich schön erzählen — aber manchmal komme ich vom Thema ab —.

(Wie weit können Sie sich vorher noch erinnern?) Vor dem Unfall —.

(Wo passiert?) Auf der Straße von O. nach — nein von B. nach O. — ich war mit meinem Freund zusammen — wir hatten zu tun gehabt — jetzt sagte ich noch zu meinem Freund — höre mal, wir fahren jetzt — das war Freitags — ich bin nämlich immer Freitags — Donnerstags — zurückgefahren nach S. — es war nachts — 3. April — stockfinstere Nacht — da sagte ich zu dem — höre mal, wir gehen auf der rechten Straßenseite — dann kann uns nichts passieren — es ist kein Trottoir gewesen — sondern nur ein schmales Parzett — in H. könnte ich es vergleichen — hier kenne ich die Gegend nicht — wir gingen auf der rechten Straßenseite — ja rechts gingen wir — weil kein Trottoir war, mußten wir über die Straßenseiten rüberhüpfen — ich sagte noch, jetzt nehmen wir uns an der Hand und machen immer einen Sprung rüber — denn wenn man sich an der Hand hält — hat man wenigstens einen Kontakt — so ist die Geschichte gewesen — kurz und gut — da kam einer von hintenher mit dem Motorrad — bis zu diesem Zeitpunkt konnte ich mich gut erinnern und von da aus war es weg — das Motorrad kam von hintenher und hat uns auseinandergerissen — mein Freund ist 3,50 m geflogen auf der linken Seite und ich 10 m weit ins Feld geflogen — und da war es weg — da ist der Arzt gerufen worden von B. — da sagte mir mein Freund später — der Wirt von der Krone von O. hat mir später erzählt — ach nachher aus der ganzen Geschichte ging hervor — es war am Ortseingang — ist ungefähr die Straße von B. nach O. — da ist auf der rechten Seite ein Eishaus — und kurz vorher ist es passiert — da ist eine Kreuzstraße nach der Krone — da sitzt immer der Nachtschutzmann — der hat den Krach gehört — ist gleich aufgesprungen und hat es aufgenommen — und hat den Mann verhört und hat gleich den Arzt kommen lassen —.

(Was haben Sie jetzt für Beschwerden?) Ja jetzt habe ich alles mögliche — manchmal — mein Gedächtnis läßt manchmal nach —.

(Woran merken Sie das?) Na ich meine — ich habe sonst eigentlich die ganze Zeit — die ganzen Monate ist es ganz ordentlich gewesen — jetzt in der letzten Zeit habe ich manchmal — ich kann mich nicht so schnell umstellen verstehen Sie? — es hängt da Verschiedenes mit zusammen — der ganze Kram — ich müßte da wohl schon Kram sagen — ich fühle mich sonst körperlich ganz ordentlich — aber jetzt durch die ganze Geschichte, sehen Sie, man kommt nicht aus dem ganzen Dreh raus — was los ist — und was passiert ist — es wird einfach verfehlt — da habe ich so oft gefragt was soll eigentlich geschehen — Sie wissen das nicht — nehmen Sie es bitte nicht übel — aber es ist ein Geschwätz — bis ich hierher kam —.

(Wer sagt das?) Der alte Herr hat sich um die Sachen nimmer bekümmert — bis ich jetzt nach H. kam — ich habe zuerst acht Monate zu Haus gewohnt —. (Nach der Krankenhausbehandlung?) Nein das ist anders — wenn ich Ihnen die Sache in kurzen Zügen erzählen soll — dann ist es recht — — es war so — am 3. April ist es passiert — in der Nacht — dann bin ich nach L. gekommen — da war ich fünf Monate — da habe ich gesagt — da habe ich sehr gut gehabt — da ist die Verhandlung gewesen in M. — das ist das, worüber ich mich wundere — daß ich mich dermaßen konzentrieren konnte — zuerst kam mein Freund rein — dann kam ich rein — der Nachtschutzmann — die beiden Nachtschutzleute sind auch da gewesen — scheints als Zeugen — die haben uns gleich erkannt — dann ist auch der Betreffende der schuld daran war — ist auch gewesen — da sagte ich zu meinem Freund — ich glaube das ist der — ich habe ihn nie gekannt — und nie gesehen — und das ist auch der Fall gewesen — wir kamen rein zur Verhandlung — wie ich am Tisch kam — sagte der Herr Staatsanwalt — Wie ist die Sache? — Können Sie sich entsinnen? — wie ist die Sache eigentlich gewesen — nun sage ich — Herr Staatsanwalt es tut mir sehr leid Ihnen darüber eine dienstliche Auskunft nicht geben zu können — da ich von der ganzen Sache nichts weiß — sondern weiß nur von 2. und 3. Seite vom Hörensagen — da sagte er: Wie kamen Sie dazu? — da sagte ich — Herr Staatsanwalt — die Sache ist die — das werden Sie wissen — daß man in heutiger Zeit kaum die Möglichkeit hat und keine Lust und Muße in der Wirtschaft rumzusitzen — ich habe dermaßen viel zu tun gehabt — daß man da — daß fast jede Stunde gerechnet ist — da sagte er ja — Sie müssen doch irgendwas essen — ich sage selbstverständlich, das ist lebensnotwendig — aber große Geschichten werden nicht gemacht — da sagt er — aber Sie müssen was essen — wenn ich was essen muß — meistens wenn ich Zeit habe nehme ich paar Brote mit — sonst esse ich was in der Wirtschaft — sagte er: Sie müssen auch was trinken, da sagte ich — getrunken habe ich — das kann ich mit äußerster Bestimmtheit sagen — keinen Tropfen Alkohol — von einer Tasse wird man nicht besoffen — da sagte er: Danke — Sie haben Recht — der Betreffende hat 100 Mark Strafe bekommen wegen fahrlässiger Tötung und Bezahlung sämtlicher Kosten und dann ist er von Gerichts wegen nach M. — von dem Gericht von M. — da hieß es bei der Verhandlung hieß es — daß ich zur Erholung nach H. soll laut Gerichtsbeschluß — wo sehr schön ist aber auch sehr teuer. —

(War Dr. St. auch da?) Dr. St? — ja Dr. St. — so'n kleiner Blonder — och der ist — ja das ist ein kleiner Blonder — der muß es sein — der gibt ja — ich weiß es jetzt nicht genau — sehen Sie gerade das — daher kam das — ich war früher auch schon bei K... gewesen — ja das ist ja erst im Jahre 30 erbaut worden — das ist das, was mich geärgert hat — weil er sagte, das ist so und so — — und ich weiß das — ich habe nämlich ein sehr gutes Gedächtnis — ein Ortsgedächtnis ausgezeichnet — das ist eine Möglichkeit um die Sache zu verwischen — damit ich nicht daraufkomme — man versucht mich zu reizen daß ich da ausfallend werde — daß man mich irgendwo nach Wie... schicken kann — Herr Dr. ich will Ihnen das eine sagen — das werden Sie als Arzt merken — daß ich nicht verrückt bin — ich werfe mal die ganze Sache durcheinander — aber verrückt bin ich nicht — der innere Instinkt lehnt sich

gegen irgend etwas Unrecht auf — ich kann es nicht vertragen, wenn man sagt, es ist so — wenn man blau schwarz macht — weil sich alles gegen mich verbündet hat — weil man mich einfach auf gut Deutsch tappisch machen will — ich habe mit meinem altem Herrn Auseinandersetzungen gehabt — sagte er mir, es wird so und so — ich habe es vorgehabt — daß ich Professor ... wo ich in L. war — sagte ich Professor ... ich möchte jetzt — wenn ich von der Versicherung was herausbekomme eine Entschädigung — daß ich so lange zu tun gehabt habe mit der ganzen Geschichte — einen Schadenersatz — denn ich hatte im Monat 350 Mark verdient — gebe ich das ganze Geld meinem Paten zur Verwaltung — er kann mir höchstens die Zinsen geben — daß ich was bezahlen kann — es ist für mich gar nicht auf der Rechnung — ich schaffe ruhig weiter als wenn gar nichts gewesen ist — aber es wird mir einfach widerlegt, ich kann nichts schaffen — und bringe nichts fertig und sehen Sie da läßt sich eben. —

(Erkannten Sie Ihr Zimmer wieder?) Ja, das habe ich erkannt — ich bin da schon gewesen und die ganzen Zusammenhänge sind mir bekannt gewesen — es ist damals nicht ganz fertig gewesen —

(In welchem Jahr schon mal gewesen?) Das muß im Jahr 27 — 28 — 29 — — 27 — 29 muß es gewesen sein —

(Vor oder nach dem Aufenthalt in Bethel?) Nach dem Aufenthalt in Bethel.

(Erinnern, wer hier als Arzt war?) verneint. —

(Diese Dinge auch durch den Unfall?) Nun eigentlich nicht — wie gesagt — wenn ich Grundlagen gehabt hätte, wäre es auch gut gewesen. —

(An einen Mitpatienten erinnern?) Nein — ich weiß bloß — daß ich da — — mal in der Kirche war — und daß ich da auch Sonntags spazieren gegangen bin mal — also es war ganz nett. —

(Wie sah die Kirche aus? Sie hätten ja ein gutes Ortsgedächtnis?) Die Kirche muß von hier aus nicht allzu weit liegen — ich glaube ich habe das Empfinden — ich kenne jetzt — weil ich bei Nacht gekommen bin — (Farbe der Kirche?) Rot! (Wo steht sie?) Ich glaube sie steht ganz allein ( ) wenn man so rein kommt in die Kirche — dann ist hier die Kanzel (zeigt links), dann sind da 2 Reihen — rechts und links ist eine Reihe — und dann — es ist ungefähr ähnlich wie die Christuskirche — nein die Christuskirche nicht — da ist die Kanzel auf der rechten Seite — — da weiß ich jetzt — also die Zusammenhänge insofern sind mir ganz gut — ich glaube es wird auch stimmen — oder stimmt's nicht? — (Türme?) ich glaube es sind 2 — (?) ich glaube — das kann ich jetzt nicht sagen — ich habe so im Kopf — ist es nicht ein spätromanischer Stil? — nee es ist Quatsch — Barockstil muß es sein — wie die katholischen Kirchen — wie das Münster in Ulm — das ist aber bloß ein Turm — (Gotisch) ja das weiß ich — das Freiburger Münster ist auch gotisch. —

(Ist die Zionskirche als romanische Kirche zu bezeichnen?) Es ist wahrscheinlich ein Kardinalsfehler von mir — wenn ich es seh'n würde, könnte ich es Ihnen sagen — und das eine — ich weiß wie ich seinerzeit mal da war — daß da ein ganz alter Herr mit einem weißen Bart da war — der auf dem Stuhl gesessen hat und hat mit mir gesprochen — ich

glaube es kann ein Arzt gewesen sein — ich kann es aber nicht mit Bestimmtheit sagen. —

(Unser Billardzimmer wiedererkannt?) Es ist mir Verschiedenes bekannt vorgekommen — wie gesagt — ich wollte seinerzeit nicht mehr her — ich habe so in Erinnerung — da habe ich das Gefühl gehabt — also ich habe eine kolossale Abneigung gehabt in meiner Erinnerung — ich bin auf Grund meiner Briefe — die seinerzeit — die scheins gekommen sind durch die ganzen Verhältnisse deklariert worden — da bin ich mir vorgekommen wie ein Aussätziger — auf gut Deutsch gesagt — ich bin da ganz allein gewesen — und ich habe mit keinem Menschen Konnex gehabt — es war gerade um die Weihnachtszeit — ich sitze da so allein — habe mit keinem Menschen reden können und die anderen sind alle fröhlich und fidel gewesen und ich saß da und habe mir gesagt nie im Leben und daher kam es auch daß ich nie mehr in Hei... gekommen bin — da sind scheins Zerwürfnisse gewesen sagte ich mir — nee das ist rum — hier muß da irgendwo ein Laden sein — hier in Bethel ein Geschäft — da bin ich auch rein gekommen — ich bin mir selbst vorgekommen wie ein Aussätziger sonderbarerweise. —

(Wie alt Sind Sie jetzt?) Ich bin am — was haben wir heute — letzten Donnerstag bin ich 30 Jahre geworden — deshalb bin ich noch in Hei... geblieben. —

(Als Kind schwer krank gewesen?) Wüßt' ich nicht — ich habe ein Mumps gehabt — Masern habe ich gehabt — sonst nichts.

(In He... aufgewachsen?) Ja — (Schule?) Gymnasium (?) im humanistischen Gymnasium — aber ich habe mir schon gesagt — wenn ich mal verheiratet bin — wenn — und ich werde Kinder haben — werde ich den Sohn — werde ich nicht ins humanistische Gymnasium schicken sondern zum Realgymnasium — da ist die allgemeine Ausbildung eine bessere Ausbildung — es richtet sich ganz danach — was man den Sohn lernen lassen kann — was man ihn lernen lassen will — und seine Fähigkeiten — (?) Da haben Sie recht — aber sehen Sie — ich sage mir daß gerade der Dr. Sch... — kennen Sie den? — der war in der Volksschule und der hat mit 35 Jahren das Abitur gemacht — das Notabitur in der Realschule bei Prof. Wi... — dann hat er Medizin studiert — der Mann hat eine Energie — das ist zum Staunen — der hat sich sehr viel mit Strahlen beschäftigt — da hieß es ja auch — daß z.B. Stahl sehr gefährlich ist für mich — also Metall irgendwelcher Art — da hieß es damals schon — der Vater hat nachher mir auch eins machen lassen — daß ich eine Neigung hätte als Tierbändiger — das ist keine ausgesprochene Neigung — wenn ich das bemerke — wenn ich irgendwo bin — die Tiere kommen sofort zu mir — die Hunde kommen sofort zu mir — die fühlen scheints irgendetwas — das ist keine Abneigung, die von mir aus geht — sondern im Gegenteil — ich habe mal einen Hund gehabt — ein deutscher Schäferhund den habe ich gekriegt — das war wegen der Steuer — die betreffenden Leute konnten die Steuer nicht bezahlen — und zwar ist ein wunderbar schöner deutscher Schäferhund gewesen — da sagten die, och den nehmen Sie mal mit — dann bin ich zum Hundehuckler gewesen, der Hunde dressiert — der hat den Hund angesehen und der sagte sofort, der Hund ist rasserein — jetzt gehe ich zu den Leuten hin — die wollten aber nichts für den Hund haben — da habe ich ihnen dann 10 Mark gegeben

— und habe den Hund mitgenommen und bin mit der Straßenbahn heimgefahren — und habe ihn gleich an mich gewöhnt — ich habe zu Hause gleich von Anfang an Schwefelblüte ins Fressen getan, damit er nicht die Sucht kriegt — dann habe ich einen Teppich vor meinem Bett gelegt und da mußte der Hund liegen — der alte Herr sagte noch — du gibst ja ein lebendes Bild — er sagte, du bist auf den Hund gekommen — ich sage noch, ich komme auch über den Schwanz — der Hund ist mir lieber gewesen wie ein Mensch — ich habe ihn gleich von Anfang an richtig in die Hand genommen — die jungen Hunde waren $^3/_4$ Jahr — die fingen gleich an zu spielen — zu naschen — nun da sagte er ja — na wie sagte er — das wird von vornherein abgewöhnt — der hat ein gutes Fressen bekommen — ich habe gleich angefangen, daß er unter dem Tisch liegt — und wenn ich gegessen habe dann hat der Hund auch was zu essen bekommen — dann habe ich Sonntags noch immer ein Wurst extra auf sein Fressen getan — der hat sich so an mich gewöhnt — der ist immer an meiner rechten Seite gewesen — der ist nicht spielen gegangen — da ist mal morgens der Gasmann gekommen, der hat angeklopft — ich habe meine Tür nicht abgeschlossen, damit der Hund beobachten konnte — es war außerhalb von Hause, ich wußte daß kein Mensch reinkommt — der Hund ist neben mir gelegen und wenn er raus wollte — da habe ich mich mal absichtlich verstellt — und habe mal die Hand runtergestreckt — da ist er mit der Pfote raufgekommen — dann sagte ich, os Hektor — jetzt gehe — ich habe gleich bemerkt, daß er nur gehen wollte, um die Tür zu probieren. —

(Aufklärung aus welchem Grunde hier in Bethel.) Der alte Herr kümmert sich auch nicht darum — sehen Sie der ganze Kram ist mir komisch vorgekommen — gerade der Professor hat mir eine Sache zur Unterschrift gegeben — ich sagte Ihnen da vorhin — ich weiß nicht — daß ich die Verwaltung meiner Sachen meinem Paten übergeben wollte — da war Prof. K. — Prof. von W. — und Prof. — ... Herrschaften wie heißt der jetzt noch — es ist ein kleiner dicker der trägt — (Vertrauensarzt von der Versicherung?) Das wird der Vertrauensarzt von der Versicherung sein — der sagte zu mir — ich sollte einen Pfleger haben — ist da aufgenommen worden — dann sage ich — ich sei nicht in der Lage Geld zu verwalten — da sage ich — da in dem Fall möchte ich meinen Paten haben, dann hat sich Prof.... dann sagte er — das wäre nicht richtig — denn meine Paten wohnen in Karlsruhe — dann haben sie nach Heidelberg geschrieben — dann haben sie Herrn Ulmer — der ist auch anthroposophisch — da ist der alte Herr Vorstand — also dann kann ich Ihnen ruhig sagen — ich habe früher in jungen Jahren — da hat der alte Herr Einführungskurse gehalten — da bin ich auch mal hin — ich war erst 17 — 18 Jahre — da hat er die Einführungskurse gehalten — ich konnte mir da absolut nichts bei denken — weil ich zu jung war — mir ist es vorgekommen — als wenn man da in ... rumschwebt und sich gar keine konkreten Sachen vorstellen kann — ich habe auch mit Prof.... gesprochen — Prof. Sch. von Heidelberg der im Ausland war — sein Schwiegervater ist der Vetter — der ist lange im Ausland gewesen — in Japan — in Amerika und in Frankreich — ich weiß nicht mehr — dann hat er sich auch für Anthroposophie interessiert — da sagte er — es ist ihm viel zu abstrakt — er ist sehr viel mehr für Buddhismus zu haben

— ich habe Herrn Dr. Stei. gekannt — wir sind in Dornach gewesen — ich kann mir dafür gar nicht — ich kann mich dafür nicht erwärmen — nicht aus irgendwelcher Abneigung — wenn ich das Bedürfnis habe, nehme ich ein gutes Buch — oder gehe in die Kirche und höre den P.... den ich sehr verehre — den ich nahezu vergöttere — wenn ich in der Christenlehre — da mußte ich jeden Sonntag in die Kirche — da haben wir viel Vo ... gehört — der spricht aus der Seele heraus und der bringt einem das so gut und so vernünftig bei daß man direkt vergöttert ist. —

Sein Verhalten auf der Abteilung: Er war oft auffallend redselig und aussprachebedürftig. Äußerte gleich nach der Aufnahme den Wunsch nach Alkoholgenuß, er war sehr uneinsichtig und eigensinnig, versuchte immer wieder Einwände gegen die Hausordnung und die Behandlung zu machen, erhebt immer wieder Vorwürfe gegen seine Begutachter, die nicht hätten einsehen wollen, daß er schon längst wieder arbeitsfähig gewesen sei.

Sein Benehmen ist zeitweilig höchst merkwürdig: Einmal sollte er ausnahmsweise mit einem andern Herrn ausgehen und ist erst damit einverstanden und sehr erfreut. Läßt einige Zeit nach der Visite dringend um eine Unterredung bitten und teilt mit, daß er unbedingt ein Paar Handschuhe kaufen müsse, da er mit seinen zerrissenen nicht ausgehen könne. Seine Arbeitshandschuhe sind in der Tat vollkommen verdorben. Nach langem Hin und Her erklärt er sich einverstanden, den eigentlichen Ausgang morgen zu machen, dafür heute aber nur in das Betheler Kaufhaus in Begleitung des Ref. zu gehen, um die Handschuhe zu kaufen. Unterwegs versucht er mehrere Male Ref. zu überreden, doch mit ihm nach Bielefeld zu gehen, da dort die Auswahl größer sei (usw.). Als ihm dann eine Menge Handschuhe vorgelegt werden, äußert er gegen alle Bedenken, da er ein Paar mit 2 Knöpfen hätte haben wollen. Vergleich mit den Handschuhen des Ref. ergibt, daß sie mit 1 Knopf auch nicht kürzer sind. Hat dann gegen die Methode des Messens, dann gegen die Qualität der gesamten Ware, gegen das Futter, kurz, gegen alles Einwände zu machen. Kauft schließlich ein Paar.

Am nächsten Tage will er die Handschuhe an einen andern Pat. verkaufen, da sie angeblich zu lang sind. Das größte Bedenken hatte er beim Einkauf, daß sie zu kurz seien! Hat heute auf den dringend erbetenen Ausgang verzichtet, weil er zunächst nicht fertig werden konnte bis zu dem verabredeten Zeitpunkt. War sehr verärgert, lief den ganzen Vormittag und auch nach dem Essen planlos umher, kam zum Bruder, um etwas ganz Belangloses zu fragen, fragte unendlich oft, ob er Ref. nicht sprechen könnte (usw.), bis es zum Spazierengehen zu spät war.

Nach dem Grunde seines eigenartigen Benehmens gefragt, erklärte er, er habe nicht mit mehreren Herren gehen wollen. (Der für ihn in Aussicht genommene Begleiter hatte sich schließlich einer anderen Gruppe angeschlossen.)

Ein andermal blieb er über die Ausgangszeit hinaus zwei Stunden weg. Grund: Wollte seinen Hut zum Umpressen wegbringen und hat angeblich stundenlang nach einem solchen Geschäft gesucht. Darüber ist es so spät geworden, daß die Geschäftszeit um war und er einen Hutmacher in der Privatwohnung aufgesucht hat. Kam kurz vor 9 Uhr hier an.

Zeitweise war Pat. wesentlich ausgeglichener. Daher wird ihm regelmäßiger Ausgang allein genehmigt. Möchte bei seinen Ausgängen gern

einkehren und Kaffee trinken. Da ihm nur 50 Pfg. für jeden Ausgang zugeteilt werden können, plagt er jedesmal den Hausvater oder Referenten mit seinen Betteleien um Bewilligung eines größeren Betrages. Ist völlig außerstande, sich zu überlegen, daß er sich nicht mehr leisten kann, ohne sich der Gefahr auszusetzen, sich so zu verausgaben, daß er in Verlegenheit kommen würde.

Es empfiehlt sich, an dieser Stelle der umfangreichen und interessanten Krankengeschichte vorerst einmal Halt zu machen. Absichtlich wurde eine Krankengeschichte gewählt, bei welcher keine aphatischen Störungen die Sachlage trüben, so daß die eigenartige Störung, auf welche es uns hier ankommt, unverhüllt heraustritt. Schon das Gutachten, das den Eingang der Krankengeschichte bildet, spricht von der Weitschweifigkeit und Klebrigkeit des Denkens, und auch die Angehörigen schildern das Denken des Kranken anschaulich: Sein Denken sei wie ein Brei, außerordentlich weitschweifig, so daß man schließlich gar nicht mehr wisse, was er wohl wolle.

Betrachtet man zuerst den sprachlichen Ausdruck, so weicht dieser grammatikalisch nicht von der Norm ab. Auch der Wortschatz ist nicht in auffallender Weise eingeengt. Der Kranke spricht eine etwas nachlässige Umgangssprache, die durchschnittlich in genügender Weise den beabsichtigten Sinn deckt. Der Satzbau ist allerdings dadurch auffallend, daß die Nebensätze sehr zurücktreten und daß längere Satzperioden vollkommen fehlen. Vielmehr redet der Kranke in immer neuen Anläufen. Dadurch entsteht der Eindruck der Unbeholfenheit und Ungeschicklichkeit, trotzdem der Kranke sich im einzelnen gar nicht ungewandt ausdrückt.

Der Gedankengang ist freilich in keiner Weise folgerichtig. Da hier alle Einzelglieder der Erzählung durchaus verständlich sind, kann man immer den Ablauf der Gedankenbewegung lückenlos erfassen. Stellenweise entsteht dadurch der Eindruck eines ideenflüchtigen Abgleitens. Jedoch handelt es sich gewiß nicht um Ideenflucht im strengen Sinne. Dazu ist der Gedankengang viel zu wenig sprunghaft, es werden ja niemals Zwischenglieder des Denkens unterschlagen, wie dies bei der Ideenflucht, selbst bei ihrer sogenannten »geordneten« Form, eigentlich regelmäßig eintritt. Auch gibt der Ideenflüchtige viel mehr bloße flüchtige Andeutungen von meist außerordentlicher Prägnanz und Fülle der Bedeutung. Unser Kranker aber führt, meist ohne auf die gestellten Fragen sachlich wirklich Bezug zu nehmen, in der Regel allgemeine Grundgedanken nach verschiedenen Richtungen hin aus, dabei verliert er dann die Übersicht und biegt, ohne springend oder zügig weiterzueilen, von der einmal eingeschlagenen Richtung ab, oder aber er hat die Frage vergessen. Trotz mancher Anklänge steht also die

Weitschweifigkeit im Denken unseres Kranken G. eher der Umständlichkeit mancher Epileptischer näher. In der Tat erzählt auch der Kranke lauter oft gänzlich belanglose Kleinigkeiten, ganz ähnlich manchen umständlichen und klebenden Epileptischen. Im Unterschied zu diesen ermangelt er aber des eindeutigen Zieles, auf welches gerade der pedantisch umständliche Epileptiker mit unbeirrbarer Zielstrebigkeit losmarschiert. Der Gedankengang unseres Kranken ist viel mehr ziellos, ohne ideenflüchtig zu sein; er hat einen immer schwankenden Zick-Zackkurs; bald wird dieser, bald jener Gedanke angefaßt, liegen gelassen oder verloren, ein Stück weit fortgeführt, abgebogen, mit Nebensachen veranschaulicht, alles in ständig wechselnder, lockerer Abfolge. Treten Gedankensprünge auf, so sind sie besonders gewaltsam, ohne die Farbigkeit der vielseitigen inneren Beziehungen, die im Gedankensprung der reinen Ideenflucht aufleuchten: z. B.:

Sehen Sie ... ich sage mir, daß gerade der Dr. Sch... kennen Sie den? ... der war in der Volksschule und der hat mit 35 Jahren das Abitur gemacht, das Notabitur in der Realschule bei Prof. W... dann hat er Medizin studiert ... der Mann hat eine Energie ... das ist zum Staunen ... der hat sich sehr viel mit Strahlen beschäftigt ... da hieß es ja auch daß z. B. Stahl für mich sehr gefährlich sei ... also Metall irgend welcher Art ... da hieß es damals schon ... der Vater hat mir nachher auch eins machen lassen ... daß ich eine Neigung hätte als Tierbändiger ... das ist keine ausgesprochene Neigung ... wenn ich das bemerke ... wenn ich irgendwo bin, die Tiere kommen gleich zu mir ... (er erzählt nun mit vielen Einzelheiten eine Geschichte, wie er unvermutet in den Besitz eines rassereinen Hundes gelangte.)

Wenn irgend etwas die Ideenflucht auch für den Beobachter zu einem interessanten Phänomen macht, so ist es dies, daß dem Ideenflüchtigen im Zuge seines Denkens offenkundig immer neue, wenigstens für ihn im Augenblick neue Einsichten aufgehen, neue Lichter aufleuchten, über die bloßen Einfälle hinaus. Diese Fülle der aufblitzenden Beziehungen, die der Ideenflüchtige ausspricht, fehlt hier vollkommen, es fehlt die Note der Einsicht, der überwältigenden Erleuchtung, die den ideenflüchtigen Gedankensprung so vorzüglich auszeichnet und der Ideenflucht die besondere Prägnanz der einzelnen Gedankenglieder verleiht.

Hier fehlt jede Prägnanz. Im Gegenteil, es finden sich Gedankenkeime von besonderer Verschwommenheit, z. B.:

Der Kranke war bereits früher in Bethel, er hat aber seinerzeit die Anstalt bald verlassen, weil er sich nicht eingewöhnen konnte. Darauf bezieht sich die Frage: Haben Sie unser Billardzimmer wiedererkannt? Er antwortet:

Es ist mir verschiedenes bekannt vorgekommen ... wie gesagt ... ich wollte seinerzeit nicht mehr hierher ... ich habe so in Erinnerung ... da habe ich das Gefühl gehabt ... also ich habe eine kolossale Abneigung gehabt in meiner Erinnerung ... ich bin auf Grund meiner Briefe ...

die seinerzeit ... die scheints gekommen sind durch die ganzen Verhältnisse deklariert worden ... da bin ich mir vorgekommen wie ein Aussätziger ... auf gut Deutsch gesagt ich bin da allein gewesen ... und ich habe mit keinem Menschen Konnex gehabt ... es war gerade um die Weihnachtszeit, ... ich sitze da so allein ... habe mit keinem Menschen reden können und die anderen sind alle so fidel und fröhlich gewesen und ich saß da und habe mir gesagt, nie im Leben ... und daher kam es auch daß ich nie mehr in Hei... gekommen bin ... da sind scheints Zerwürfnisse gewesen, sagte ich mir ... nee das ist rum ... hier muß da irgendwo ein Laden sein ... hier in Bethel ein Geschäft ... da bin ich auch rein gekommen ... ich bin mir selbst vorgekommen wie ein Aussätziger sonderbarerweise ...

Gegen Schluß dieser Antwort, wird für eine kurze Strecke ganz undurchsichtig, was der Kranke eigentlich sagen will: hier sind scheints Zerwürfnisse gewesen ... nee das ist rum...

Man könnte fast den Eindruck gewinnen, als ob aus der Vereinigung solcher Sprünge und Verschwommenheiten, das eigenartige hin- und herfahrende verwaschene Denken resultiere, das die Auslassungen des Kranken für den Zuhörer so undurchsichtig macht. Doch möge das dahingestellt bleiben. Nur ein Blick sei noch verstattet auf die logische Gliederung der Berichte des Kranken. Hier fällt sofort ins Auge, daß bei so und so oft richtiger Beurteilung und Wiedergabe des einzelnen doch die einfachste Aneinanderreihung als Form der Erzählung vorherrscht. Höchstens werden einmal primitive Begründungen gegeben. Es fehlen eigentlich alle Gegensätze, alle Gegenüberstellungen, alle verwickelteren Abhängigkeiten, alle Steigerungen und Spannungen. Gerade dadurch entsteht für den Zuhörer der unerträgliche Eindruck des Breiigen, des Einförmigen, Unsortierten, der Flachheit und der Einsichtlosigkeit.

Auf den ersten Blick scheinen die beiden Patienten Ti. und G. gerade in ihren kennzeichnenden Abweichungen von der Norm voneinander grundverschieden zu sein.

Gewiß, niemand wird leugnen wollen, daß es sich um ganz verschiedene Menschen handelt. In dem einem Fall um einen redegewandten und redegewohnten, zu Suada und Wortreichtum beinahe beruflich verpflichteten Kaufmann, in dem anderen um einen primitiven, etwas grobschlächtigen Arbeiter. Ersterer hat eine höhere Schulbildung genossen und stammt aus angeregterem, geistigerem Milieu. Er hat daher eine viel größere Differenzierungsstufe erreicht als der einfache und darum auch in vieler Hinsicht hilflose Arbeiter. Auch charakterliche und Temperaments-Unterschiede sind unverkennbar. Ti. ist schwerflüssig, weich, hypochondrisch veranlagt, G. ist eher oberflächlich, auf jeden Fall beweglich und ungezwungener.

Darüber hinaus bestehen aber im einzelnen doch viele Überein-

stimmungen gerade der Auffälligkeiten. Der sprachliche Ausdruck ist bei beiden sehr ähnlich, und auch bei Ti. findet sich die einfache Aneinanderreihung der einzelnen Gedankenglieder. Immerhin ist die Störung bei ihm längst nicht so ausgeprägt als bei G.; G. scheint den schwereren Grad der Störung darzustellen.

Dies wird durch den Ausfall der Intelligenzprüfung bei G. bestätigt.

Die Ergebnisse der Intelligenzprüfung belegen wir — um zu kürzen — nicht ausführlich. Ohne weiteres war beim Vergleich der beiden Ergebnisse ersichtlich, daß eine weitgehende Verwandtschaft zwischen ihnen bestand.

In beiden Fällen ist die Merkfähigkeit für Zahlen schlecht, bei G. noch merklich geringer als bei Ti. Andererseits hält sich das noch verfügbare Schulwissen im Rahmen dessen, was man billigerweise unter Berücksichtigung des verschiedenen Lebensganges und der verschiedenen Schulbildung erwarten kann. In beiden Fällen wird ersichtlich schlecht gerechnet. In beiden Fällen treten gewisse Schwierigkeiten bei Benennungsversuchen hervor. Andererseits werden Geschichten ganz gut nacherzählt, Bilder richtig erklärt; Umstellaufgaben werden rasch ohne Schwierigkeiten gelöst.

Es lag tatsächlich eine fast durchgängige grundsätzliche Übereinstimmung des Leistungsverhaltens vor.

Dasselbe entspricht nun weitgehend den Erfahrungen, die man auch an den Schädelverletzten des Krieges und den Unfallverletzten bereits vor dem Kriege gemacht hat. Eine Zusammenstellung solcher Erfahrungen findet sich in dem Artikel von *Pfeifer-Nietleben* im Handbuch der Psychiatrie von *Bumke*, Bd. 7. Dort ist auch mit Recht auf den eigentümlichen Eindruck verwiesen, der dadurch beim Untersucher zu entstehen pflegt. Bei freier Unterhaltung und im Alltagsverhalten überwiegt der Eindruck der Demenz und einer nicht unerheblichen Störung, dagegen zeigen die Einzelprüfungen, daß in der Regel nur gewisse Einzelleistungen, oft solche, deren Hirnlokalisation einwandfrei gelungen zu sein scheint, stärkere Ausfälle zeigen, während die übrigen gute Resultate ergeben. *Pfeifer* zeigt den Unterschied der traumatischen Demenz gegenüber anderen Demenzen an anschaulichen Profilkurven auf.

Die Beobachtungen an unseren Kranken entsprechen also in dieser Hinsicht durchaus den allgemeinen Erfahrungen.

Es fragt sich nun nur, wie kommt es zu einer zweifellosen Demenz bei relativ guter Erhaltung des geistigen Besitzstandes und bei leidlicher Leistungsfähigkeit der meisten elementaren Funktionen, ja bei gewissen durchaus durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Einzelleistungen. Zur Beantwortung dieser

Frage liefern unsere Beobachtungen wenigstens einen gewissen Beitrag.

Der Gedanke liegt nahe, daß das widerspruchsvolle Verhalten der verschiedenen elementaren und höheren Funktionen genau so mit deren verschiedener Hirnlokalisation zusammenhänge, wie die Verschiedenheit der aphatischen und anderer Störungen. In der Tat scheint auch *Pfeifer* dieser Auffassung zu sein. Unsere Fälle sind gewiß nicht geeignet, sie kurzerhand zu widerlegen. Immerhin sind sie ihr nicht gerade sehr günstig. Denn was die genauere Untersuchung der Leistungsstörung, und auch der freien Rede der Kranken aufdeckt, ist doch eben keine Teilstörung, sondern vielmehr eine sehr allgemeine Funktionsveränderung, der man unter geeigneten Versuchsbedingungen auf beliebigen Gebieten der Seelentätigkeit begegnen kann, ja deren Vor- oder Zurücktreten man je nach der Komplizierung der Untersuchungsbedingungen geradezu in der Hand hat.

Wir setzen aber zuerst die Wiedergabe der Untersuchungsbefunde fort:

Das Verhalten des Pat. G. gegenüber dem oben wiedergegebenen Fragebogen entsprach genau dem Ti.s.

Er konnte keinen eigenen Ansatz finden, saß hilflos davor, machte einige ganz unzulängliche Versuche, fand sich aber nicht zurecht, sondern bedurfte der regelnden und ordnenden, auswählenden und unterstreichenden Beihilfe des Untersuchers. Hob man aber nun zuerst eine bestimmte Aufgabe heraus, so konnte auch G. dieselbe im Auge behalten, wenn man ihn immer wieder einmal kurz ermahnte. Unter diesen Umständen löste er nun den Lückentext (B), der ja zu den schwierigeren gehört, rasch und ziemlich glatt. Ebenso die Fortsetzung der Zahlenreihen (E). Dagegen versagte er genau wie Ti. vor allen Kombinations- und Konzentrationsaufgaben des Fragebogens. Dieses Versagen war wiederum recht kennzeichnend und muß daher im stenographischen Protokoll eingehend dargestellt werden:

Wir beginnen mit der Aufgabe, Sätze, die unter Wortumstellung neu gewonnen werden, ihrem Sachverhalt nach urteilsmäßig zu kritisieren und das Ergebnis der Kritik in einer Entscheidung durch Unterstreichung von Ja und Nein niederzulegen. (Aufgabe A des Fragebogens.)

G. wird auf die Aufgabe aufmerksam gemacht. Er fängt an, gleitet aber bald wieder ab. Daher energischere Wiederholung der Aufgabe.

(Schauen Sie sich dies doch einmal an.) Das ist ja ganz verkehrt. (Er fängt nun von unten an.) (Bitte fangen Sie von oben an.) Soll ich das vorlesen?

(Sehen Sie, was Sie daraus machen können?) (Er liest nun einige der Sätze flüchtig durch und sagt:) Hüte werden doch nicht aus Holz gemacht. Im Walde wachsen Pilze. Mit den Hüten das stimmt nicht. Ach, das steht ja schon drin...

(Er überfliegt nun wieder die anderen Sätze.) (Dann löst er alle Umstellungen, z. B. er liest halblaut vor sich hin: Kann Wasser den Berg hinauf fließen? Fährt mit dem Finger die Zeilen entlang und hat

immer den rechten Zeigefinger an Ja und Nein. Dann stützt er den Kopf auf und stöhnt zuletzt:) Das ist aber blödsinnig durcheinander geschrieben. Wenn solche Geschichten ein Schuljunge schreiben würde, würde er sofort Arrest kriegen oder bestraft werden. Das ist doch kein Deutsch. Eier sind doch keine wohlschmeckenden Früchte. Aus Holz werden meistens Kisten gemacht. Das seh ich alles auf einen Blick, daß das nicht stimmt. Das Wasser kann den Berg herab fließen, das stimmt auch (nickt mit dem Kopfe). Verschwiegenheit ist ein schweres Verbrechen. Mit Knöpfen gibt es mehrere Kleider. Das ist aber auch kein Deutsch. (Was sollen Sie eigentlich tun?) Die soll ich zusammenstellen, ob da was herauszufinden ist. Ob das zusammenpaßt, aber es ist Kauderwelsch durcheinander. (Er wird jetzt wieder auf das Lösungsbeispiel hingewiesen. Als er dies sich noch einmal genau angesehen hat, wird er auf das Ja und Nein verwiesen. Er gibt die Richtigkeit der Unterstreichung im Lösungsbeispiel an, scheint also verstanden zu haben, worauf es ankommt.) (Er geht nun von neuem an die Lösung eines Satzes.) Da steht es ja. Das stimmt aber nicht. Aus Holz werden Hüte gemacht... (Er kommt nicht zur Erledigung der Aufgabe. Daher wird er noch einmal darauf hingewiesen, daß er die Antwort durch Unterstreichung von Ja und Nein zu geben habe.) (Was sollen Sie machen?) Herauslesen ob das richtig oder falsch ist. (Wie sollen Sie das zeigen?) Mit Ja oder Nein. (Er hat also ganz sicher verstanden, worauf es ankommt!!) Er streicht nun das Ja im ersten Satz durch. Beim nächsten:) Das ist ein Fragezeichen (schüttelt mit dem Kopf und geht zum dritten über. Tippt mit dem Bleistift herum, sagt immer wieder, das ist doch kein Deutsch. Stellt wieder richtig um, beurteilt wieder richtig, tippt auch einmal auf Ja und Nein. Sagt dann z. B. Verschwiegenheit ist doch kein schweres Verbrechen. Auf die Aufforderung, doch nun Ja oder Nein zu unterstreichen:) Ach so... das kann man auch... (Er tut es dann aber doch nicht, sondern geht wieder zum vierten Satz zurück. Unter dauerndem hilflosem Schwanken und Ansetzen geht er jetzt erneut verschiedene Sätze durch. Dabei unterstreicht er das Ja von Satz acht und neun, fängt aber dann, indem er es korrigiert, noch einmal von vorn an. Was sollen Sie nun eigentlich machen?) Herr Dr. ich bin da ganz durcheinander...

(Nunmehr wird mit ihm unter Anleitung noch einmal jeder Satz durchgenommen. Er wird noch einmal über die Aufgabe aufgeklärt.) Daraufhin sagt er: Eier sind doch keine Früchte. Er setzt zum Unterstreichen an, geht aber noch einmal zum Text zurück und gleitet dabei auf den zweiten Satz über...

In dieser Weise wurden nun schließlich unter größten Mühen einzelne der einfacheren Sätze gelöst, während er der ganzen Aufgabe nicht gerecht werden konnte.

In ausgesprochenster Weise zeigt sich hier dasselbe Verhalten wie bei Ti. Immer wird jedes einzelne Teilglied der Aufgabe bei entsprechender Anleitung verstanden und richtig beurteilt oder in richtiger Weise gelöst. Dagegen gelingt es dem Kranken nicht, nun unter Vereinigung aller Teilglieder die geforderte Endlösung zu vollziehen. Das Versagen kann nicht auf ein Vergessen der in-

zwischen erreichten Lösungsstufen zurückgeführt werden, vielmehr stehen dieselben dem Kranken durchaus vor Augen.

Ohne daß wir nun das Verhalten im einzelnen noch weiter beschreiben wollen, schließen wir hieran die Wiedergabe der ausführlichen Protokolle über die anderen Fragen des Fragebogens, die in überaus charakteristischer Weise durchaus dasselbe Verhalten zeigen. Nur tritt hier die Neigung zum Ausweichen und Drum-Herumreden deswegen etwas mehr zutage, weil der Untersucher hier nicht mit gleicher Autorität vorging wie im ersten Beispiel.

(Wenn ich zu dem 3fachen einer Zahl 4 hinzuzähle, erhalte ich 25. Wie heißt die Zahl?) Ach so! (Stützt den Kopf in beide Hände, denkt scharf nach. Nimmt den Bleistift in die linke Hand, nimmt eine leere Zigarettenschachtel aus der Tasche, sieht Ref. fragend an und flüstert:) 3 mal 7 ist 21, 21, 21... (Schreibt 21 auf die Schachtel, schaut noch einmal darauf, ehe er sie wieder in die Tasche zurücksteckt. Setzt sich zurecht, nimmt eine straffe Haltung ein, macht den Eindruck, als wolle er das Resultat einfach niederschreiben.) 21, Herr Dr. 21!?(!) 21. (Was 21?) Das ist das Resultat dazu, zu der Aufgabe — — wenn ich zum 3fachen einer Zahl — —. (Liest die Aufgabe.) ... also die Zahl ist 21. 21 minus 4, nein, 25 heißt die Zahl...? (Sieht Ref. wieder fragend an) ja, 25 heißt sie halt! Ha—ja doch. Sind 25. (Atmet tief und schwer auf. Nimmt den Bleistift in die andere Hand und deutet damit auf einzelne Worte.) ... ja—ja, ist 25! Das 3fache einer Zahl... ja, so stimmt's, ... so stimmt's. Stimmt das nicht, so war das doch gedacht? (Nochmal die Aufgabe aufmerksam durchlesen!) (Pat. liest.) (Nun nochmal!) (Pat. liest nochmal.) 3 mal 7 sind... (Ref. liest ihm die Aufgabe noch einmal sinngemäß mit Nachdruck und entsprechender Betonung der wesentlichen Worte vor.) Also Herr Dr. wenn Sie die Aufgabe einem Schulkinde vorlegen, wenn Sie einem Schulkinde sagen... ja, 3 mal 7 sind halt 21. Wenn ich zum 3fachen einer Zahl... Wenn man's genau nimmt, dann muß die Rechnung stimmen. (Das tut sie nicht...) Ja dann muß was anderes dahinterstecken. Ja das ist's ja eben... Weil man da einfach nicht sehen kann, was da los ist... Also da... da kommt man einfach nicht mit. Aber wenn Sie sich das mal genau überlegen, werden Sie sich sagen, das ist richtig gerechnet so. (Nein, das ist es nicht.) Ja, dann weiß ich nicht, was dahintersteckt. (Spricht 11 Minuten überhaupt nicht mehr.) Ja, ich komme auf nichts anderes.

(Referent erklärt so deutlich, daß er auf die Lösung kommen muß.) Ja, dann müßte ich hier hinschreiben 7. Das ist ja für ein Schulkind. Ich fang' doch mit so Kindereien nicht an! Sie werden mich doch begreifen können, daß ich immer weiter denke, ich weiß doch nicht für was... Seh'n Sie, die Aufgabe ist richtig gerechnet gewesen!!! (Haben doch immer 21 oder 25 gesagt und jetzt sehen Sie ein, daß 7 richtig ist. War also falsch gerechnet.) ... Kinder Gottes, also Herr Dr., ich werd' hier noch glatt verrückt. Solche Sachen sind mir in F. nicht vorgelegt worden. Wirklich nicht. Wenn man auch nicht verrückt ist, aber da kann man verrückt werden.

Die nächste Aufgabe: Unterstreiche in der Reihe alle Zahlen über

30 und unter 40. (Stützt den Kopf in die Hand, führt den Bleistift die Zeile entlang.) Wissen Sie Herr Dr., was soll denn das eigentlich sein. Wofür denn, für was? Wissen Sie, ich kann's Ihnen jetzt schon sagen, im voraus schon das ganze Resultat. (Setzt sich anders hin.) Also das, was ich da eben sagte, ist ja so klar und eindeutig gewesen, daß man da gar nicht zweifeln könnte daran. Wirklich nicht, also Herr Dr., ich werde tatsächlich hier noch verrückt. Ich habe die ganze Nacht wieder nicht geschlafen. Wie soll denn das noch werden? (Tippt mit dem Bleistift dauernd auf den Tisch.) Sagen Sie mal, wie soll denn der ganze Kram überhaupt noch weitergehen? (wechselt wieder die Stellung). Hm, ja du lieber Gott, was soll denn... (Nimmt den Bleistift, tippt laut und erregt auf den Tisch, besieht sich die anderen Aufgaben, dreht das Blatt um, legt den Bleistift weg, nimmt ihn wieder auf. Das gleiche wiederholt sich noch ein paarmal.) Das ist doch so unnötig, Herr Dr., das sind doch so Kindereien, wirklich, Herr Dr., wenn... wenn das mein Vater sähe, Herr Dr., der würde sich entsetzen...

(Glaube ich nicht!) Ja wissen Sie, ...wissen Sie auch, was das alles für eine Bedeutung hat? Ich weiß es, ich kann Gift nehmen, wenn das nicht stimmt. (??) ...Weil ich da, ich habe eine Ahnung, weil mich meine Ahnungen nie täuschen. Ich bin doch nicht verrückt! ...Ich sehe wirklich zu klar, um... (um?) um... um... das nicht zu wissen...! (Was denn?) Weil das... ich kenne das..., ...ich, ...ich weiß gar nicht, was das bedeuten soll. Sehen Sie, Herr Dr., mit diesem déja vu das ist auch so'n Kapitel. (Hat doch mit den kleinen Aufgaben nichts zu tun!) Ja seh'n Sie, das ist das Grundübel, weshalb ich alles von zwei Seiten betrachten muß. Soll ich Ihnen sagen, was ich dabei denke? und was ich dabei... Ich habe Ihnen bewiesen, daß es damit am ...am guten Willen liegt, nicht am Können. Darum habe ich's Ihnen... ich habe es Ihnen ja beweisen wollen, aber ich fürchtete das eine, was mir niemand widerlegen kann... (Was denn?) ...daß... (schüttelt den Kopf) Herr Dr., hängt denn da die Seligkeit von, ...soll ich Ihnen sagen, was ich denke? Damit unterschreibe ich nämlich mein eigenes Todesurteil...! (Atmet schwer auf und fängt die Spielerei mit dem Bleistift wieder an.) Ja, Herr Dr., jetzt sagen Sie mir mal, wie lange ich hier noch bleiben soll. (Nun konzentrieren Sie sich mal auf die Aufgabe, meine Zeit ist knapp.) Das weiß ich, ich habe die ganze Nacht nicht geschlafen wegen der Geschichte, das geht eben nicht so ohne weiteres an mir runter. (Ihre Aufgabe?) Ach Gott ich bin heute überhaupt zu gar nichts mehr fähig! (Zeigt auf eine Zahl, springt um 2 weiter, wieder zurück, geht die Reihe durch, zeigt hierhin und dorthin) ...46! ...ist alles größer als 30... Da sind verschiedene Zahlen, die größer als 30 und kleiner als 40 ...ja sehen Sie, gerad deshalb strauchele ich doch, weil das so Lappalien sind. (Lappalien erledigt man doch rasch, um davon abzukommen, zumal wenn man sich darüber ärgert!) ...ach...! (sehr ärgerlich). Na, von hier aus komme ich in die Welt überhaupt nicht mehr hinaus. Ich komme mir sowieso schon wie ein räudiger Hund vor. Wissen Sie, wie die ganze Geschichte liegt? Wenn die Verhältnisse andere wären, wäre ich schon längst nicht mehr hier (Ref. macht Anstalten, die Sitzung abzubrechen). Herr Dr., warten Sie doch mal einen Augenblick! (Wirft den Bleistift hin und bittet, morgen fortfahren zu dürfen.) Ich will Ihnen was sagen: das Ganze ist

eine Kleinigkeit, aber ich komme aus dem Zweifel nicht raus, ich werd' hier verrückt. (Pat. ist erschöpft, die Sitzung wird abgebrochen.)

Fortsetzung am 3. 3. 1933.

Aufgabe: Setze den ersten Buchstaben deines Vornamens an das linke, den letzten Buchstaben deines Zunamens an das rechte Ende des Striches.

Ach, da ist das närrische Zeug wieder! (Pat. liest statt »Ende« immer Ecke, obwohl er wiederholt auf den Irrtum aufmerksam gemacht wird.) Ja, jetzt will ich Ihnen mal was sagen, Herr Dr., warum ich die ganze Zeit Zweifel gehabt habe. Das sind alles Lappalien, aber ich kann nicht umhin, darauf hinzuweisen, was das für eine Bedeutung haben soll. Ich habe nämlich eine kolossale Abneigung gegen Sachen, von denen ich nichts weiß.

(Erklärung, warum Pat. die Aufgaben gestellt bekommt.) Ja, sehen Sie, ich denke mir da überall was bei. Warum hat Herr Dr. Ph. keine Zeit für mich. (Erklärung, daß die Besprechung morgen stattfindet.) Ja, Herr Dr., es liegt nicht an der Unmöglichkeit des Verstehens, sondern ... son—dern ... Wenn Sie an meiner Stell stünden, wären Sie genau so ... Warum ich so'n Zweifel habe? Die Quintessenz der ganzen Sache ist nämlich, daß ich lebenslänglich existenzunfähig gemacht werde hier. (Auf die Aufgabe konzentrieren!) Ich kann mich schon konzentrieren. Die ganze Geschichte, die ganze Zeit, wo ich hier war, wo Sie mich beobachtet haben, werden Sie gesehen haben, daß man mit mir gut auskommen kann, daß ich mich nicht sträube, man braucht mich doch nicht holen zum Holzhacken. Wenn ich mich abends ins Bett lege, sage ich mir jedesmal: Schon wieder ein Tag herum, an dem du nichts geschafft hast!

(Nun aber die Aufgabe!) Kinder, ... Kinder ... aber Herr Dr., das das ... ist ... ja ... (lebhaftes mißmutiges Kopfschütteln). Also wissen Sie, ich könnte direkt heulen! (Wird längere Zeit beruhigt, und scheint nun überzeugt, daß hinter der Aufgabe keine Falle lauert). Ja, sehen Sie, ... weil mir da, ... wenn ich diese Sachen schon sehe, kommt mir der Gedanke, ... dann kommt mir die ganze Misère wieder, wie ich's schon mal erlebt habe, aus dem Grunde mag ich's nicht machen. (Dreht immer wieder das Blatt um, sieht sich die anderen Aufgaben an, legt den Bleistift hin, nimmt ihn wieder auf, wendet wieder das Blatt, usw.) Ich will Ihnen bloß das eine sagen, wenn ich keinen Unfall gehabt hätte, wäre die Situation eine wesentlich andere... Ist das die letzte Instanz hier? ... Ich gebe Ihnen schriftlich, wenn ich von hier aus wegkomme, dann komme ich nirgends mehr hin. Ich glaube kaum, daß hier in den Aufgaben irgendwo ein Fehler von mir gemacht worden ist. (Längere Pause als sonst bei ihm üblich.) Also ich sage Ihnen, das ist mein eigens Todesurteil und nichts anderes. Wenn ich das nicht kann, bekommt das meine Gesellschaft in die Finger, dann sagen die Leute, wenn der das nicht mal kann, dann geben wir ihm ein paar Mark zum Leben, dann muß er eben damit auskommen. Aber, Herr Dr., Sie glauben doch selbst nicht, daß ich das nicht kann, das sind doch alls solche Kindereien, aber wenn man nicht weiß, wozu, ... wofür, ... ja du lieber Gott, ich werd' hier tatsächlich verrückt ... weil ich da auf ein Lebensminimum heruntergedrückt werde. Wenn Sie sich in meine Situation versetzen könnten, würden Sie vieles begreifen.

(Nun die Aufgabe, Sie können's doch.) ... an das linke Ende des Striches ... (zeigt dabei auf das rechte und wird darauf aufmerksam ge-

macht) ... ja, da muß ich meinen ganzen Namen hinschreiben. ! .. ? Das geht nicht, das gibt so eine Schmiererei, wie meine Briefe ... wissen Sie, das Holzhacken, davon wird meine Schrift immer elender. (Die Aufgabe!) ... Den linken Buchstaben ... (Aufpassen, was Sie reden!) also den ersten Buchstaben des linken ... (Aufpassen!) ... den ersten Buchstaben des Vornamens an den linken Strich... (!) an das linke Ende des Striches ... (weiter!) ... und den letzten Buchstaben an das andere Ende ... (den letzten Buchstaben wessen?) ... vom Vornamen ... ! ... (Nein) ... vom Zunamen. (Nun tun Sie's eben!) ... (Pause. Patient sieht Ref. verschmitzt lächelnd längere Zeit an, ohne daß der Blick erwidert wird. Sieht dann wieder auf das Blatt, wendet es um, lächelt wieder.) Herr Dr., ... Herr Dr., ... (Ref. blickt auf.) Allem Anschein nach werde ich bald entlassen. Das habe ich dem Bruder Ihrig heute morgen schon gesagt ... denn ich habe Herrn Dr. Ph. heute morgen auch gesehen... (Aufgabe lösen!) Herr Dr., ich hätte längst mit der Aufgabe fertig sein können, wenn mir Herr Dr. Ph. heute die Audienz gewährt hätte. (Das hat gar nichts mit der Aufgabe zu tun. Morgen sprechen Sie Herrn Dr. Ph. ja.) ... Herr Dr., das hat doch damit etwas zu tun, ich sage Herrn Dr. Ph., was ich über die ganze Sache denke, und da möchte ich eine klipp und klare Antwort haben. Ich weiß alles im voraus. Ich kenne doch den Gang der Verhältnisse. Das ist gar kein. ... Das ist nicht das, daß ich's nicht könnte, ... daß ichs nicht könn—te, ... darum dreht sichs gar nicht. Gesetzt den Fall, Sie wollten sich irgend etwas kaufen, meinetwegen Sie wollen sich ein paar Schuhe kaufen oder sonst was, da sehen Sie sich die Sachen erst an, da sagen Sie auch, daß Sie sie erst mal sehen wollen, und nich die Katze im Sack kaufen. (Die Aufgabe!) ... Ach! ... ich kann Ihnen gar nicht sagen, wie ich da drunter leide ... weil ich doch die ganze Komödie schon mal mitgemacht habe. Das sind Tatsachen, das ist kein déja vu. (Also nun nochmal die Aufgabe. Wiederholt die Aufgabe, als Ref. das Blatt verdeckt, richtig aus dem Gedächtnis und wird gebeten, die beiden Buchstaben doch einfach hinzuschreiben.) Herr Dr., soll ich Ihnen mal sagen, warum ich die ganze Sache bisher nicht hingeschrieben habe. Weil es dann im Gutachten heißt, der Mann hat das einfache Zeug nicht gekonnt. Das war damals schon so, wie ich hier war, genau so! ... ich hätt's gekonnt. Nehmen Sie mir's nicht übel, wenn ich's nicht hinschreibe. Aber ich tu es nicht. (Wenn Sie es können, fällt das Gutachten doch so aus, daß Sie um so eher als geheilt entlassen werden können!) Herr Dr., es liegt nicht am Nichtkönnen, sondern ... (Am Nichtwollen? Wollen also den Anschein erwecken, als ob Sie es nicht könnten oder sonst etwas mit Ihnen los sei, um noch recht lange hier zu bleiben?) ... Nee, ...das nicht, aber ... (Also, was müssen Sie da links hinschreiben und was rechts?) Ja, das ist ... K.—G. Fertig ist die Laube! (Abgesehen davon, daß die Lösung falsch ist — Kurt G.... — trifft er keine Anstalten, die Buchstaben hinzuschreiben. Legt die Blätter durcheinander.) Seh'n Sie, Herr Dr.? Sie dürfen mir das nicht übelnehmen. Wenn ich Herrn Dr. Ph. hätte sprechen können, dann wäre alles anders. (Morgen!) Sehn Sie, man kommt hier wie ein Gefangener in eine Zelle... (Haben 3mal Ausgang in der Woche.) (Pat. deutet jetzt mit dem Bleistift auf einzelne Worte der nächsten Aufgabe; Ref. zeigt auf seine Aufgabe, worauf Pat. etwas lächelt: Seh'n Sie, da kann ich wieder ein paar Tage nicht schlafen. Wenn ich

mein Zimmer allein hätte, wär' die ganze Geschichte auch anders. (Also was müssen Sie hinschreiben?) ... Seh'n Sie, das sind alles Geschichten, da... (Hier! Die Aufgabe!) ... Herr Dr., ich kann's doch. ! ! Sie brauchen da gar nicht so viel aufschreiben (meint das Stenogramm) Herr Dr., wenn ich aus Mo... herauskomme, dann kann ich überhaupt nicht wieder in die Welt. (Nun schreiben Sie wenigstens erst die Buchstaben hin, Sie können's doch!) Herr Dr., das kann ich Ihnen jetzt schon schriftlich geben, daß keine Menschenseele wissen wird, wenn ich mal entlassen werde, was gewesen ist, was da los war. (Also, was kommt da links hin?) Ja, ich soll meinen ganzen Namen hinschreiben. ! ! ! ! (Den ersten Buchstaben des Vornamens sollen Sie links, den letzten Buchstaben des Zunamens sollten Sie rechts an das Ende schreiben! Erst als Ref. sich erheben will, um abzubrechen, schreibt er die Buchstaben nieder.) Herr Dr., das hätte schon vor einer Stunde fertig sein können.

Dauer der Sitzung 48 Minuten.

Fortsetzung am 13. 3. Aufgabe: Wenn die 5 Worte in der richtigen Reihenfolge geordnet werden, welches ist dann der 4. Buchstabe des 3. Wortes? Schreibe ihn in das Quadrat. (Pat. stützt den Kopf in die Hand, zeigt mit dem Finger auf jedes Wort, das er liest) ... 4. Buchstabe des 3. Wortes... 5 Worte ...... 2, 3, 4, 5, ... also die 5 Worte in die richtige Reihenfolge geordnet, ... also, ... ich meine, ... das sind doch jetzt Zahlen? ... Herr Dr. sagen Sie mir doch das, sind das denn jetzt Zahlen? (Ja.) die muß man also in die richtige Reihenfolge ordnen ... also 20, 30, 40, 30, 50, 30, 40, 50, 60... der 4. Buchstabe des 3. Wortes ... Also, Herr Dr., das ist doch ein Quatsch, wirklich! ... 5 Worte in die richtige Reihenfolge... Das ist 20, 30, 20, ... ja ... 20, 30, 40, 50, 60. ... Und jetzt dann, 5 Worte in der richtigen Reihenfolge (liest die ganze Aufgabe noch einmal) ... nee, na da ... also ... nee ... der 4. Buchstabe des 3. Wortes ... hm ... hm ... 20, 30, 40, erst kommt 20, dann kommt 30 ... dann käme 40. Also das soll, in dieses Quadrat sollen ... ja, da ist doch kein Quadrat... ? ... (Das Quadrat fehlt auf dem vorliegenden Durchschlag, Pat. wird deshalb angewiesen, den betreffenden Buchstaben in das darüber befindliche Quadrat hineinzuschreiben.) ... Also der 4. Buchstabe ... 40 ... das 4. Wort ... welches ist dann der 4. Buchstabe des 3. Wortes? ... und das ist 30 ... (Ref. verneint durch Kopfschütteln.) ach so, nee, 40 ... ist ein »r« ... ? ... ? ... (Sind Sie nicht überzeugt davon?) ... Seh'n Sie, Herr Dr., wenn man nicht weiß wozu ... (malt sehr zögernd und Ref. ständig fragend anlächelnd ein »r« in das kleine Quadrat.) ... Na, nein, ... das kann keiner lesen ... soll ich's daneben noch mal hinschreiben? (Ja!) ... längere Pause, Pat. legt mißmutig den Bleistift aus der Hand und schiebt das Blatt von sich fort. Wird aufgefordert, doch zu tun, was er für richtig befunden habe. Tut es.) Dauer 13 Minuten.

Nächste Aufgabe: Ziehe eine gerade Linie (usw.). (Letzte Aufgabe der Zusammenstellung.) (Liest die Aufgabe 3mal hintereinander.) Herr Dr., ist das nun hier ein Punkt, soll das einer sein? (Ref. füllt die kleinen Quadrate aus, so daß sie zu viereckigen Punkten werden.) Das kann man doch gar nicht wissen! ... (Zieht einen Verbindungsstrich zwischen dem linken und dem oberen Punkte.) (Wird auf seinen Irrtum aufmerksam gemacht.) Liest 2mal die Aufgabe ... Pause, ... liest noch einmal und zeigt dabei mit dem Bleistift auf die betreffenden Punkte) ...

ja, was machen wir nu ... ? ... Ja, ist denn das nicht richtig ... (Also, was sollen Sie durch einen Strich verbinden?) (Liest wieder, zeigt aber immer wieder auf den oberen Punkt, statt auf die obere Ecke des großen Quadrates.) ... Ist das denn so nicht richtig? (Zieht die richtige Verbindungslinie.) ... Fertig, Herr Dr.! ... (Nein, nicht fertig.) Ja ist denn das nicht richtig? ... (Weiter.) (Dreht das Blatt, nachdem er gelesen hat, um 90 Grad, zieht erst markierend die Linie, um sie schließlich nach längerem Zögern auf dem Papier zu ziehen.

Dauer 6 Minuten.

Aufgabe: Schreibe alle Buchstaben, die weniger als 3mal und mehr als 1mal in dem Wort »Konstantinopolitaner« vorkommen, zwischen die beiden Punkte. Liest die Aufgabe 3mal, wobei er mit dem Bleistift auf einzelne Worte zeigt, sieht Ref. an, schüttelt den Kopf, wirft den Bleistift auf das Papier, stützt den Kopf in beide Hände und sagt immer wieder: hm ... hm ... Kinder noch mal, was soll bloß ... (Schaut zum Fenster hinaus, wendet das Blatt um, besieht sich die anderen Aufgaben. Schüttelt längere Zeit den Kopf, sagt wieder unwillig: »hm ... hm«, atmet einigemal tief auf.) ... Wissen Sie, was ich, ... was ich ... das ist nichts ... (Pause) ... nee, ich ... Herr Dr., jetzt will ich Ihnen was sagen... Sie sehen, daß ich das kann, aber ich mach' jetzt nichts mehr. (Wie heißt die Aufgabe?) Jaaaa! (Liest eine ganz andere Aufgabe, wird aufmerksam gemacht.) (Längere Pause.) (Auf Befragen wiederholt er die Aufgabe auswendig richtig.) ... hm ... hm .... (Spielt mit dem Bleistift, klopft heftig mit dem stumpfen Ende auf den Tisch.) ... Herr Dr., ich will Ihnen mal das eine sagen, wissen Sie, warum ich das nicht mehr mache und warum ich's die letzten Male nicht gemacht habe? Ich muß nämlich erst mit Herrn Dr. *Ph.* sprechen. (Aber erst hier die Aufgabe lösen!) ... Nein, sehen Sie, das ist ja gerade, gerade wegen dieser Sache muß ich mit Dr. *Ph.* sprechen, gerade was das hier anbetrifft. (Keine Ausreden, haben ja die beiden ersten Aufgaben ohne Einwände gelöst ... Herr Dr., ich tu's nicht. Damals, 1927, habe ich doch genau dasselbe machen müssen, und da habe ich mir mein eigenes Todesurteil unterschrieben mit demselben Zeugs. (Folgt Pause von 7 Minuten.) ... Deshalb möchte ich Sie so höflich wie dringend gebeten haben, mir umgehend ein anderes Zimmer zu geben. (Gehört hier nicht her. Die Aufgabe!) (Stellt alle möglichen Fragen betreffs Ausgang, Theaterbesuch, Tagesausflug, Dauer seines Aufenthaltes hier usw. 5 Minuten. (Die Aufgabe!) ... (Lange Pause. Wird gefragt, warum er denn nun Pause mache, er könne die Aufgaben doch lösen, das habe er doch eben gezeigt.) Nein, gerade durch dieses Zeugs hier ist mir eine Fata morgana aufgestiegen, und ich unterschreibe mein eigenes Todesurteil nicht zum zweitenmal. Ich kann Ihnen sagen, ich bin seinerzeit, ... ich bin früher so offenherzig gewesen und habe alles gesagt usw. (Offenherzig sind Sie jetzt auch, aber nun mal die Aufgabe gelöst.) ... Ja aber den ganzen Grund den kennen Sie noch gar nicht und man kann ja nicht alles sagen, was man gerne sagen möchte. Über psychische Verhältnisse kann man überhaupt nicht reden. Es fragt ja keiner. Ich möchte übrigens mit Dr. *Ph.* reden ... weil ... weil mir Verschiedenes aufgefallen ist. Da möchte ich mal was äußern, was ein Interesse für die Anstalt hat ... Ich möchte auch mit dem Dr. *Ph.* sprechen, Herr Dr., ... ich möchte nach Köln (lächelt verschmitzt), ich möchte

zu meiner Schwester nach Köln, ... über Ostern. (Davon später, jetzt die Aufgabe!) (Folgen längere Redereien, wie zuletzt wegen Entlassung, früherer Tätigkeit und Einkünfte, daß er sich schon mit seinem Vater »gehabt« habe wegen des déja vu, daß er ihm gesagt habe, er könne den besten Beweis bringen, daß er schon in Bethel gewesen sei; er kenne auch das aus, wo jetzt Dr. *S.* hingezogen sei. Das sei auch seine letzte Leidensstation gewesen. Von da aus sei er nach Hause geholt worden, weil er seinen Angehörigen zu leid getan habe). (Zwischendurch mehrmals aufgefordert, die Aufgabe zu lösen.) Herr Dr., Sie können das fein, Sie müßten Pädagoge sein, Sie können einem zurede, wie einem kranken Gaul, wie ein Jud'. (Also die Aufgabe!) Jaaa ... (unvermittelt): Ich möchte gern einen ganzen Tag einen Ausflug machen. Herr Clasen möchte mit mir zum Hermannsdenkmal. Ginge das nicht? ... (Wenn Sie die Aufgabe nicht lösen, geht's nicht.) ... Schreibe alle Buchstaben, die mehr als einmal ... (zieht ein leeres Zigarettenschächtelchen aus der Tasche) ... leider Herr Dr., keine mehr drin, sonst könnten wir jetzt eine rauchen ... ja, die mehr als einmal und weniger als dreimal vorkommen... was ist das nur wieder mal für'n Quatsch! ... mehr als einmal, das ist 2 und weniger als 3mal? ... ist auch 2...? ... (Schreibt eine 2 auf das Schächtelchen!) ... und das wäre ein o, ein n, 1mal, 2mal, 3mal ... das n 3mal, halt, nein 4mal ... 2... 3... 4...4! (Schreibt eine 4 auf die Schachtel!) nee, ...die mehr als einmal, aber weniger als 3mal vorkommen. (Sieht Ref. fragend an.) Jetzt noch eins... (Mehr als 1mal usw. trifft das auf das n zu?) ... ja, da nehmen wir jetzt mal einen andern Buchstaben ... da ist ja noch ein a ... (Zählt die a, findet 2, und schreibt auf die Schachtel eine 2.) Das sind zwei, ...Herr Dr., ich hab' ein Schädelweh wie ein Roß. (Die Sitzung muß abgebrochen werden.)

Dauer etwa 1 Stunde.

Überblickt man nun zusammenfassend noch einmal vergleichsweise die Untersuchungsergebnisse bei Ti. und G., so geht aus ihnen deutlich die Gleichartigkeit nicht nur im Gesamtverhalten und in den Einzelleistungen, sondern auch hinsichtlich der Verteilung gekonnter und nicht gekonnter Leistungen hervor. Besonders deutlich ist die Übereinstimmung darin, daß Aufgaben, welche lediglich einen vorwiegend linearen Gedankenfortschritt erfordern, von beiden recht gut gelöst werden (B, E), während alle Aufgaben nicht gelingen, bei denen gleichzeitig mehrere in sich selbständige und selbständig zu lösende Teilglieder im Blickfeld behalten werden müssen, damit aus ihnen schließlich eine Gesamtlösung gefunden wird (A, D, G). Es ist nun praktisch wichtig, daß der zweite Fall G. versicherungsrechtlich längst abgeschlossen ist, so daß hier rentenneurotische Einschläge gewiß nicht in Frage kommen.

Zwischen Ti. und G. besteht nun aber ein bemerkenswerter Unterschied darin, daß Ti. noch mitten in dem pseudoneurasthenischen Schwächezustand steht, den viele Schädelverletzte ähnlich wie Infektionskranke durchmachen, der aber bei G., soweit wir übersehen können, nie deutlich hervorgetreten ist. *Bumke* hat schon

vor langer Zeit auf diese Schwächezustände aufmerksam gemacht. Ihnen ist zum Unterschied von den postinfektiösen Schwächezuständen eine größere Zaghaftigkeit und Entschlußlosigkeit eigen, während bei den postinfektiösen die gemütliche Labilität stärker hervortritt. Leider wird dieses Schwächestadium oft mit rentenneurotischen oder rentenhysterischen Erscheinungen verwechselt. Allerdings bereitet für die Abgrenzung derselben die Tatsache rechte Schwierigkeiten, daß das posttraumatische Schwächestadium den besten Wegbereiter rentenneurotischer oder überhaupt neurotischer Einstellungen bildet. Dabei helfen leider die Angehörigen durch übertriebene Sorge oder falsch verstandenes Mitleid kräftig mit. Wiederholt habe ich erfahren, wie sich Ehegatten in solchen Fällen gleichsam gegenseitig neurotisierten. Es ist besondere Aufgabe des Gutachters, in jedem Falle durch entsprechende Aufklärung den etwa vorhandenen neurotisierenden Zirkel zu durchbrechen. Das gelingt durchaus nicht selten.

Daß es sich bei unseren Befunden nicht um Zufallsbefunde handelt, geht aus der nachfolgenden weiteren Beobachtung hervor:

Diakon K. P., geb. 1885. Bis zu seiner Schädelverletzung vollständig gesund. Hat 1916 einen schrägen Durchschuß durch die linke Schläfen-Scheitelgegend erlitten, dessen Richtung nach der Lage der Ein- und Ausschußnarbe etwa der vorderen Zentralwindung parallel geht. Es besteht eine rechtsseitige Hemiparese, welche sich im letzten Jahre wesentlich verschlimmert hat, nachdem sie jahrelang kaum merklich gewesen sein soll. Diese Verschlimmerung führt zur Aufnahme. Der Kranke hat seit seiner Genesung als Hausvater eines Kindererholungsheimes regelmäßig und, soweit man sehen kann, ohne wesentliche Schwierigkeiten Dienst getan, wahrscheinlich aber immer sehr kräftig unterstützt von seiner Frau. Dieser wird, so viel man sehen kann, die Hauptlast der Gesamtwirtschaftsführung zugefallen sein. Jedoch hat sich auch das seelische Verhalten offenbar in letzter Zeit verschlimmert. Der Kranke ist besonnen, hat keine Sprachstörungen, er versteht alles und folgt jedem Gespräch aufmerksam und ohne Mühe. Er ist aber wenig regsam, schweigsam, etwas antriebsarm, bedarf ständiger Anregung und verhält sich bei den Prüfungen ziemlich schwerfällig. Alles dauert bei ihm sehr lange. Über Alltagsbelange urteilt er richtig.

Die Prüfung der elementaren Grundfunktionen ergab keine schweren Störungen. Er erklärt die üblichen vorgelegten Bilder richtig, ergänzt Bilder aus den Heilbronnerschen Tests, hat am Schluß einer längeren Prüfung alle Hauptaufgaben richtig behalten. Bei den üblichen Merkfähigkeitsprüfungen zeigt sich aber doch eine deutliche Herabsetzung der Merkfähigkeit.

Er redet immer ziemlich langsam; jedoch hat man nicht den Eindruck, daß er nach Worten oder Formulierungen suche, auch ist sein Wortschatz keineswegs verarmt. Innerhalb der Umgangssprache jedenfalls stehen ihm ausreichend Ausdrücke zur Verfügung. In seinen Reden kann man eine derartig weitgehende Verflachung des Inhaltes wie im Fall G. nicht feststellen.

Zur Ausfüllung des nachfolgenden Fragebogens brauchte er verhältnismäßig viel Zeit. Die Kombinationsfragen am Schluß des Bogens hat er gar nicht zu lösen versucht. Er bedurfte stets erst einer mehrmaligen Erklärung der Aufgabe. Dann setzte er ganz ähnlich wie die anderen Patienten zur Lösung an, fand auch die Teillösung, hatte die Aufgabe verstanden, scheiterte aber dann trotzdem an der letzten Durchführung. Wiederholt sagte er z. B. bei der ersten Aufgabe: »Das sind so viele Möglichkeiten.«

Aus den Lösungen des Fragebogens, wie sie aus der nachfolgenden Wiedergabe desselben ersichtlich sind, geht einwandfrei hervor, daß es sich um die gleiche Verteilung der Leistungen handelt wie bei Ti. und G. Auch hier werden wieder die Aufgaben, welche eine mehr lineare Gedankenführung erfordern, glatt gelöst (B, E), während der Kranke vor allen Aufgaben mehr oder weniger vollständig versagt, welche eine Vereinigung verschiedener Teilaufgaben und Gesichtspunkte zu ihrer Lösung voraussetzen (A, D, G).

Ebenso gilt in allen bisher angeführten Fällen, daß die Kranken bei den Aufgaben, die sie nicht oder nur mangelhaft lösen konnten, auch die größten Schwierigkeiten im Verstehen der geforderten Aufgabe hatten.

Name: K. P. Datum: 6. 6. 1933.

Beispiele:

Alle Menschen haben einen Kopf
Menschen, Pflanzen, Wald, Kopf Berge Ast.
Der Schnee war geschmolzen es warm geworden war
weiß, geschmolzen solange gefallen damit weil
Jedes Mädchen hat einen Mund und zwei Hände
Zopf brüder Mund Zähne Auge Hände.

A.

1. Kranke Leute werden . . . . . . sie gesund sind.
bis* beklagt* als gepflegt gefragt ehe.
2. Manche . . . . . . lassen sich nur mit großer Mühe . . . . . .
Handlungen* halten handeln Krankheiten Wohltaten heilen.
3. Wer lange . . . . . . hat soll . . . . . .
ruhen, geschlafen, bezahlen Haare gearbeitet stehen.
4. Wenn die Blumen . . . . . . werden die Wiesen . . . . . .
größer, riechen bunter feuchter blühen verwelken.
5. Zum . . . . . . braucht man . . . . . .
kleben reinigen Blech heften, Leim Lehm.
6. Der Knabe war . . . . . . sodaß er . . . . . . werden mußte.
krank belohnt bestraft müde gefragt faul.

*) Von dem Patienten durchstrichen.

*) Die Lösungen des Kranken sind durch Sperrdruck hervorgehoben.

B.

Setze im folgenden Text die fehlenden Worte ein.

Das gestohlene Pferd.

Nahe an einem Wald weideten mehrere Pferde. Ein schlauer Pferdedieb lockte das schönste davon in den Wald, indem er Hafer aus einem Sacke nahm und auf den Boden streute. Er hatte ein Bündel mit viel Geld bei sich. Dieses schnallte er schnell dem Pferd auf den Rücken, schwang sich in den Sattel und machte sich aus dem Staube. Als er eine Weile geritten war, kam er an einen breiten Graben. Vor diesem hielt das Pferd an und getraute sich nicht weiter. Aber der Dieb durfte sich nicht mehr aufhalten, wenn er nicht gefangen werden wollte. Deshalb schlug er auf das Pferd los, damit es über den Graben springe. Jedoch das Tier wurde störrisch bäumte sich hoch auf und warf den Reiter ab. Dann rannte es im Galopp zurück. Der Bauer dem das Pferd gehörte, saß inzwischen traurig zu Hause in seiner Stube vor ein paar Tagen war ihm erst die Scheune abgebrannt. Nun hatte er . . . noch sein Pferd verloren. Seine Frau und seine Kinder weinten laut. Auf einmal hörten sie den Hufschlag eines Pferdes. Sie gingen dem dem Lichte hinaus, denn es war dunkel geworden. Da stand ihr gestohlenes Pferd und wieherte laut. Die Freude war groß. Als aber der glückliche Bauer das Pferd absattelte . . . er das Bündel des Diebes. Er öffnete es und sah zu seinem Erstaunen das viele . . . Damit konnte er seine abgebrannte Scheune wieder aufbauen lassen. So war das Unglück für ihn zum . . . geworden.

(Hat sehr langsam gearbeitet, daher abgebrochen, hat nur einen Fehler und eine Auslassung in seiner Leistung.)

C.

Beispiele:

Messer schneidet — Nadel: spitz zerbricht sticht Eisen.
traurig: heiter — dunkel: trübe hell Stern, Nacht.
Riese: Zwerg — groß: dick, Ungeheuer: schwach, klein.
Bild: sehen — Lied: Musik singen malen hören.
kalt: Eis — heiß: Hitze warm Schnee Dampf.
Löwe: Tier — Rose: duftet Pflanze Blatt Dorn.
Mensch: Wohnung — Vogel: Haus singt Nest Ei.
Ankunft: Abreise — Anfang, Ferien Mitte, Ende, Eisenbahn.
Monde: Erde — Erde: Wasser Himmel, Sonne scheint.
Matrose: Flotte — Soldat Gewehr Helm Schiff Herr.
Januar: Februar — Juni Monat Juli Mai Sommer.
essen: dick — hungern: Speise trinken mager müde.
Preußen: Deutschland — Teil: Sachsen England Europa, Ganzes.
Kleider: Mensch — Haare: Kamm Hund Bart Stoff.
Eltern: Befehlen — Kinder: artig sollen gehorchen gehorsam.
kauen: Zähne — riechen Kiefer Nase Geruch Rose.
Steuer: Schiff — Schanz: Segel, Hund Katze Vogel.
Frühling: Sommer — Herbst: Ernte Winter Jahr kalt.
Kugel: Kreis — Würfel: eckig Körper Quadrat Linie.

D.

Beispiele: Städten leben in Menschen? Ja Nein
Walde wachsen im Pilze? Ja Nein
Aus gemacht Holz werden Hüte? Ja Nein

1. Wohlschmeckende sind Eier Früchte? Ja Nein
2. Holz meistens werden aus Kisten gemacht? Ja Nein
3. mit es Bildern gibt mehrere Bücher? Ja Nein
4. Kann Berg den Wasser das hinauffließen? Ja Nein
5. Schweres ist ein Verschwiegenheit Verbrechen? Ja Nein
6. Mit es Knöpfen gibt mehrere Kleider? Ja Nein
7. geheilt schmerzhafte vollständig werden können stets Krankheiten? Ja Nein
8. kann Erde der Pferd ein auf laufen? Ja Nein
9. Hasen schießen Rehe Jäger und? Ja Nein

E.

Beispiele:	25	30	35	40	45	50	... 55 ... 60 ...			
	4	5	7	10	13	19	... 25 ... 32			
	3	2	5	4	7	6	... 9 ... 8			
	2	3	4	5	6	7	... 8 ... 9			
	6	9	12	15	18	21	24	27		
	9	1	9	2	9	3	9	4	9	5
	40	33	27	22	18	15	13	12		
	16	1	14	3	12	5	10	7		
	5	4	6	5	7	6	8	7		
	16	8	4	2	1	$^1/_2$	$^1/_4$	$^1/_8$		
	1	2	4	8	16	32	64	128		
	15	13	11	9	7	5	3	1		

F.

1. Wieviel Bücher sind 27 Bücher und 15 Bücher? 42
2. Wenn du 6 Wochen lang jede Woche 7 Pf. sparst, wieviel hast du dann im ganzen? 42 Pf.
3. Franz hat 20 Mk. in der Sparkasse, seine Schwester Emma hat nur 14 Mk. Franz möchte, daß sie beide gleich viel haben. Wieviel muß er dann seiner Schwester von seinem Gelde geben? 17 Mk.
4. Wenn 7 Flaschen Wein 21 Mk. kosten, wieviel kosten dann 9 Flaschen? 27 Mk.
5. Max ist 12 Jahre alt, Paul ist drei Jahre jünger als Fritz und Fritz ist 4 Jahre älter als Max, wie alt ist Paul? 13 Jahre.
6. 5 Männer streichen einen Zaun in 4 Tagen. Wieviel Männer sind nötig, um ihn in einem halben Tag zu streichen? 40
7. Ein Meter Band kostet 4 Mk. Wieviel Meter Band bekommt man für 17 Mk.? $4^1/_4$
8. Wenn ich zu dem Dreifachen einer Zahl 4 hinzuzähle, so bekomme ich 25. Wie heißt die Zahl? 7
9. Ein Händler kaufte eine Anzahl Schafe für 800 Mk. und verkaufte sie für 1010 Mk. An jedem Schaf verdiente er 10 Mk. Wieviel Schafe waren es? 30

*

Schreibe den ersten Buchstaben deines Vornamens an das linke Ende des Striches und den letzten Buchstaben deines Zunamens an das rechte Ende des Striches.

G.

Unterstreiche alle Zahlen, die größer als 30, aber kleiner als 40 sind.

28 97 81 53 46 75 31 68 92 14 86 23
57 42 79 35 64 19 39

Wenn du genau weißt, wie oft im Jahre die Sonne scheint, dann schreibe das Wort »selten« vor die 3, wenn du es nicht weißt, dann schreibe das Wort »oft« hinter die 3.

1 2 3 4 5

Schreibe alle Buchstaben, die mehr als einmal, aber weniger als dreimal in dem Wort Konstantinopolitaner vorkommen, zwischen die beiden Punkte.

Wenn die Worte in die richtige Reihenfolge geordnet werden, welches ist dann der 4. Buchstabe des dritten Wortes? Schreibe ihn in das Quadrat.

Vierzig Sechzig Dreißig fünfzig zwanzig.

Ziehe eine gerade Linie von dem linken Punkte bis zur oberen Ecke des Vierecks und ziehe eine gerade Linie von dem kleinen Kreise bis zum unteren Punkte*)

*) Die Gegenbeispiele aus verschiedenen anderen Krankheitsformen, die ich anführen wollte, habe ich um der gewünschten Kürzung willen weggelassen.

Die Untersuchung und Beobachtung schwer Schädelverletzter hat — das sagten wir schon — immer ein Mißverhältnis ergeben zwischen Leistungsfähigkeit im täglichen Leben und im psychologischen Testversuch. Vielfach wenigstens sind die Ergebnisse des letzteren nicht so schlecht, daß man sich daraus das Versagen im täglichen Leben erklären könnte. Auch dies wurde schon gestreift, daß daraus nicht selten beim Gutachter der Eindruck neurotischer Einschläge in das Krankheitsbild aufkommt. In anderen Fällen liegt das Versagen nur in gewissen Teilleistungen (wir erwähnten schon die Darlegungen *Pfeifer*s über diesen Punkt), und es ist schwer ersichtlich, wie die Störungen gewisser Teilleistungen den Gesamteindruck einer Demenz erzeugen können.

Diese Schwierigkeiten werden nicht gerade dadurch verringert, daß die feinere psychologische Untersuchung der Schädelverletzten in sehr vielen Fällen wenigstens nachweisen kann, daß auch bei scheinbar schweren Allgemeinstörungen eigentliche Intelligenzleistungen oft überraschend gut gelingen oder aber, daß ein scheinbar ganz regelloses Versagen der intellektuellen Fähigkeiten eintritt. Zumal *Poppelreuter* hat auf dieses scheinbar unerklärliche Versagen hingewiesen: seine Kranken konnten Aufgaben oft nicht

lösen, welche dem Gesunden kaum andere Anforderungen hinsichtlich der Intelligenz und Kombinationsfähigkeit zu stellen schienen, als diejenigen, deren Erledigung ihnen glatt gelang. Daß dabei das geringere Interesse Laboratoriumsversuchen gegenüber, oder auch kritischere oder unkritischere Einstellung zur Aufgabe (*E. Neber*) eine gewisse Rolle spielen, ist sicher. Nachzuprüfen wäre freilich, inwieweit auch hier die Struktur der Aufgabe selbst unbemerkte besondere Anforderungen hinsichtlich des Entschlusses zur endlichen Lösungsfestlegung stellen könnte. Hierin schien uns ja das Eigentümliche unserer Aufgaben A, D, E zu liegen.

E. Neber hat auch zusammengestellt, was sich über die geistigen Beziehungsfunktionen der Schädelverletzten sagen läßt, die der Leistungsfähigkeit der »Intelligenz« zugrundeliegen. An Hand einer kritischen Analyse der Arbeiten und Beobachtungen von *Poppelreuter*, *Goldstein*, v. *Kuenburg* u. a. kommt *E. Neber* zu dem Ergebnis, daß die nachgewiesenen Störungen sich nicht zur Dekkung bringen lassen mit Störungen der geistigen Beziehungsfunktionen im engeren Sinne. *Neber* sucht diesen Nachweis in dem Sinne zu erbringen, daß eben zwischen anschaulicher Seelentätigkeit und geistigen Beziehungssetzungen eine klare Scheidung bestehe. Dies scheinen ihr wenigstens die Störungen bei Hirnverletzten zu beweisen:

Der allgemeinen Fähigkeit der Patienten, Umwege einzuschlagen, neue Assoziationen zu stiften, und auf komplizierte Weise wieder zu einem Erkennen der Außenwelt zu gelangen, steht noch die Möglichkeit zur Seite, auch innerhalb des gestörten Wahrnehmungsgebietes das betreffende anschauliche Material zu verarbeiten und möglichst auszunützen. Und es läßt sich innerhalb der in ihrem Ablauf gestörten und herabgeminderten Empfindungs- und Wahrnehmungsvorgänge die völlige Intaktheit und das Auswirken der beziehenden Denkakte nachweisen. Die Verletzungen des Gehirns stehen in keiner eindeutigen Korrelation zu den Ausfallserscheinungen. Bestimmte anschauliche Fundamente können zerstört werden und dadurch die an ihnen gewonnenen Beziehungserfassungen wieder verloren gehen. Damit ist aber nicht die beziehende Denktätigkeit selbst getroffen. Sie ist ihnen gegenüber in ihrer speziellen Eigenart eine selbständige Leistung.

Unsere Beobachtungen geben diesen Sätzen insofern recht, als gerade bei ihnen die Selbständigkeit der eigentlichen Störungen der Denktätigkeit gegenüber den übrigen bei Schädelverletzten auffindbaren Schädigungen der Wahrnehmungs- oder Gedächtnistätigkeit recht deutlich heraustritt. Hier liegen eben doch keine praktisch bedeutsamen Störungen der Wahrnehmungs-, Gedächtnis- oder Sprachleistungen vor. Um so reiner tritt die Eigenart der Intelligenzstörung heraus.

Nicht recht vereinbaren läßt sich aber mit den Ausführungen

von *E. Neber* die Tatsache, daß bei unseren Kranken Störungen der höheren Intelligenzleistungen nachgewiesen werden können, obwohl die allgemeine Fähigkeit zur intellektuellen Beziehungssetzung zwischen seelischen Inhalten durchaus vorhanden ist und in zweckentsprechender Weise verwendet werden kann und verwendet wird. Soll man nun wieder gegenüber der allgemeinen Beziehungsfunktion versuchen, eine Fülle von Teilfaktoren herauszustellen, aus deren schließlichem Zusammenwirken die Intelligenzleistung hervorgeht?

Weshalb die hier zu untersuchende Störung in unseren Fällen so hervorsticht, können wir noch nicht ermitteln. Denn das Zurücktreten der Herderscheinungen ermöglicht nur den leichteren Nachweis der Störung, nicht ist es die Ursache ihres Zustandekommens. Im übrigen sind unsere Fälle aber typische Schädelverletzte.

Wir fassen das Bild, das sie bieten, noch einmal kurz zusammen: Alle drei haben (wie übrigens sehr viele Schädelverletzte) im Gesamtverhalten viele gleichartige Züge: bei durchgängiger Besonnenheit und leidlicher Korrektheit des Auftretens zeigen sie eine gewisse Antriebsschwäche, die jedoch weniger in mangelnder Anregbarkeit als in mangelnder geistiger Regsamkeit besteht, während die Motorik vollkommen frei ist. Es handelt sich also nicht um das Verhalten, das man bei anderen Formen der Antriebsschwäche kennt (z. B. bei der postenzephalitischen. Bei dieser ist Regsamkeit, Anregbarkeit und Beweglichkeit in gleicher Weise von dem Antriebsmangel betroffen.) Sie sind entschlußlos, aber nicht ohne eigene Zielsetzung, vielmehr in der entschlußkräftigen Durchführung behindert, oder aber sie sind zu dieser Durchführung nur imstande, wenn sie durch energische Führung eine ganz gebundene Marschroute erhalten. Von den ganz geringfügigen Störungen des Wahrnehmens und Sprechens dürfen wir absehen. Im übrigen sind sie lenkbar, ruhig, ein wenig verschlossen und still für sich, die Stimmung ist gleichmütig, mitunter eher etwas bedrückt. Man kann sich aber mit ihnen ganz geordnet und fließend unterhalten. Dabei tritt eine besondere Urteilsschwäche nicht hervor. Die üblichen Alltagsdinge jedenfalls werden ganz ordentlich von ihnen behandelt.

Hinsichtlich der geistigen Leistungsfähigkeit ergab sich nun unter Anwendung eines durchgängig gleichen Prüfungsverfahrens bei allen drei ein im Grundzug gleichartiges Verhalten. Sie zeigen eine im Grade verschiedene, aber immer deutliche Herabsetzung der Merkfähigkeit und eine recht erhebliche Verringerung der Rechenleistungen. Sie lösen aber die Aufgaben der üblichen Fragebogenschemata recht gut, etwa auch die Aufgaben der Binet-Ostertagkästen, die Heilbronnerschen und sonstigen üblichen klinischen

Tests: Satzumstellungen, Unterschiedsfragen. Hierbei sind Konzentrationsvermögen, Aufmerksamkeitsanspannung, Ausdauer, Beharrlichkeit durchaus ungestört. Erst bei Anwendung des oben wiedergegebenen Fragebogens tritt eine eigentümliche Verteilung der richtigen und falschen Lösungen ein: Die Aufgaben A, D, G werden gar nicht oder nur unter Aufwendung ganz langer Zeiträume und selbst dann noch ganz ungenügend gelöst, die Aufgaben B und E dagegen von allen drei vollkommen richtig. Die Aufgabe F hängt in ihrer Durchführung ab von dem Maß der Rechenstörung, während die Aufgabe C, welche die Findung logischer Analogien bezweckt, besonders beurteilt werden muß. Ich halte nämlich diese Aufgabe deswegen für einen wenig geeigneten Test, weil es sich hier um eine rein akademisch schulmäßig gedachte Aufgabe handelt, der gegenüber die ungeschulteren Versuchspersonen, aber auch sehr viele studierte Leute versagen. Die Findung der Analogien setzt in der Anordnung dieser Aufgabe eine gewisse logizistische Spitzfindigkeit voraus, die nur der richtig erkennt und handhabt, welcher selbst auf logischstrenge Gegenüberstellungen gedrillt ist. Wer sich den Standpunkt unbefangener Sachurteile bewahrt hat, versagt gegenüber dieser Aufgabe leicht, weil er ihre besonderen Hinterhalte gar nicht ahnt. Bei der Beurteilung der Ergebnisse dieser Aufgabe möchte ich also zurückhaltend sein und sie aus den Erwägungen lieber ausschließen. Sie scheint mir zur Untersuchung des rein logischen Schließens unserer Kranken nicht gerade geeignet zu sein. Begriffsverhältnisse festzustellen anstatt Sachverhältnisse zu beurteilen, ist eben nicht jedermanns Sache. Für uns kommt es nur an auf den auffälligen und bei allen drei Kranken in gleicher Weise trotz aller sonstigen Unterschiede der Persönlichkeiten, der Lebensalter, der Verletzungsart und Verletzungsfolgen wiederkehrenden Unterschied in den Lösungen der Aufgaben A, D, G, und B, E.

Wir haben über deren Unterschiede schon einiges gesagt, verdeutlichen uns aber ihre Verschiedenheiten noch einmal, indem wir schildern, wie man sie zu lösen pflegt.

Die Arbeit beginnt mit der Aufgabefindung. Diese knüpft bei Lückentext an an die Lücken im Text und schon beim ersten Überlesen springt heraus, daß die Aufgabe in der sinngemäßen Ausfüllung dieser Lücken besteht. Bei der Rechenreihenaufgabe (E) geht die Aufgabeerfassung an dem vorgegebenen Lösungsbeispiel vonstatten. Aus dem aufmerksamen Durchlesen desselben findet man, daß die Aufgabe darin besteht, jedesmal eine angefangene Reihe in gleicher Weise fortzusetzen. Man weiß also, daß man jede Reihe auf ihre Besonderheiten zu studieren hat und daß man sich danach überlegen muß, welche Regel für die Fortsetzung der Reihe dadurch vorgeschrieben ist.

Hat man diese Vorarbeit geleistet, so braucht man nur noch vom allgemeinen Aufgabehintergrund, welcher ständig gegenwärtig sein muß und tatsächlich auch ist, Schritt für Schritt weiter zu gehen. Von dem eben vorhergegangenen oder dem eben nachfolgenden Teilgedanken oder Teilstück der Aufgabe aus findet man die Lösung der Lücke bzw. des nächsten Teilstückes. Es handelt sich also darum, von einem gleichbleibenden Hintergrund aus einen Schritt vorwärts zu tun, in einer Richtung, welche durch das vorhergegangene oder nachfolgende Gedankenglied eindeutig bestimmt wird. Daraus erwächst der lineare Richtungscharakter dieser Aufgaben. Die Lösung kann nun selbst beim Gesunden aus mancherlei Gründen nicht gefunden werden. Darauf brauchen wir hier nicht einzugehen.

Ganz anders verhält man sich bei der Lösung der Aufgaben A, D, G. Nachdem man in ganz ähnlicher Weise wie bei B, E die Aufgabe aus den Lösungsbeispielen in deren Nachahmung verstanden hat, beginnt ihre Lösung damit, daß man zunächst ein Teilglied der Aufgabe löst, etwa den Umstellsatz. Danach erfolgt die kritische Prüfung des Satzes in dem durch die in der Aufgabe vorgeschriebene Alternative Ja oder Nein (bei Aufgabe A) vorgeschriebenen Sinne. Erst nach Auflösung aller Teilglieder der Aufgabe folgt die Zuwendung zur endgültigen Entscheidung. Diese ist bei A und D dadurch erleichtert, daß wenigstens ihr möglicher Erfolg durch Ja oder Nein schon vorgeschrieben ist. Dadurch wird für die Erwägungen bereits ein fester Rahmen vorgeschrieben. Dagegen ist dies bei G nicht der Fall. Die Lösung der Aufgaben unter G erfolgt gleichsam ganz ins Ungewisse; die Nachprüfung der Lösungsrichtigkeit findet daher hier besondere Schwierigkeiten. Dementsprechend fallen nun auch die Lösungen aller unserer drei Patienten in der Aufgabe G noch schlechter aus als bei A und D. Teilweise kommt überhaupt trotz aller Bemühungen keine Lösung zustande.

Die Zuwendung zur endgültigen Entscheidung nützt der Gesunde (und in erkennbarer Weise auch der Kranke, wenn er die Aufgabe wirklich zu lösen bemüht ist) noch einmal zu einer kritischen flüchtigen Überprüfung fast regelmäßig aus. Auf jeden Fall muß aber im Augenblick dieser Entscheidung, des eigentlichen Entschlusses zur Unterstreichung von Ja und Nein in der Aufgabe D und zum Eintrag bzw. Unterstreichen der richtigen Worte in Aufgabe A, ein eigentümliches lebendiges Ineinanderfließen des erfaßten und beurteilten Satzsinnes mit Aufgabesinn eintreten, wenn die Aufgabe richtig gelöst werden soll. Jede Stockung in diesem Vorgang bedeutet, daß der Entschluß oder seine Durchführung nicht zustande kommt oder daß er abgleitet. Dies gilt bereits in mannigfacher, hier nicht zu schildernder Weise für den Ge-

sunden. Ist der lebendige Entschluß zur Endlösung in dieser Weise eines besonderen lebendigen Vereinheitlichungsvorgangs der Teillösungen und Teilglieder der Aufgabe gefunden, so erfolgt als letzter Abschnitt der Gesamtlösung seine Durchführung durch die tatsächliche Unterstreichung oder Eintragung, wobei nunmehr der gewonnene Entschluß den Hintergrund des Erlebens bildet.

Das entscheidend Wesentliche an diesem Vorgang ist es, daß dieses Ineinanderfließen der Aufgabeteillösungen und -teilglieder in den Entschluß als eine innerliche Bewegung, als ein bestimmter Regungsablauf erfahren wird, welcher alle Teilglieder nicht nur in sich faßt oder verbindet, sondern die umfaßten und verbundenen geradezu vorwärtszureißen oder zusammenzuschweißen scheint. Dadurch unterscheidet sich dieser Augenblick von allen anderen mitwirkenden seelischen Prozessen, vor allem von allen Aufmerksamkeitsleistungen und Vorgängen verschiedenster Art. Er kann aber infolgedessen auch nicht mit dem bloßen Zusammenwirken von Vordergrund und Hintergrund des Erlebens verwechselt werden, wie es in jedem beliebigen Denkakt erlebt wird.

Die Aufgaben A, D, G beanspruchen also ein ganz bestimmtes, von allen anderen auch beim Gesunden schon unterscheidbares Leistungsvermögen unserer Seele. Seine Merkmale bestehen erstens in diesem eben geschilderten vorwärtsreißenden und zusammenschweißenden Vereintheitlichen des entscheidenden Entschlußvorganges und zweitens darin, daß dieser Vorgang eine bestimmte Kapazität für die an den Gegenständen und Sachverhalten der Aufgabe gleichzeitig umschließbaren und erfaßbaren Momente voraussetzt, wenn ein aufgabeentsprechender Entschluß zustande kommen soll. Das Ausmaß dieser Kapazität ist nur in den gegenständlichen und sachverhaltlichen Aufgabemomenten gegeben, nicht aber selbst wieder ein unmittelbares Erlebnis. Es kann also eine Verminderung dieser Kapazität oder sonst eine Störung eintreten, ohne daß dem Erlebenden die Veränderung bewußt wird. Für ihn kann in diesem Falle das erlebnismäßig Entscheidende, jenes Zusammenfließen, Zusammenreißen und -schweißen noch immer gegeben sein, trotz verringerter Kapazität: er entschließt sich noch, aber unzureichend.

Die aufmerksame Beobachtung und Zergliederung des Verhaltens unserer Kranken lehrt nun, daß ihr Versagen in der Endlösung eintritt, weil dieser Vorgang des letztlichen endgültigen Entschlusses bei ihnen gestört ist. Dafür erbringen wir in aller Kürze noch einmal die Belege: die Kranken erfassen mit einiger Schwierigkeit den Aufgabesinn[1]); sie machen sich mit Aufmerk-

[1]) Auf den Grund dieser Schwierigkeit im Aufgabeverständnis kommen wir noch zu sprechen.

samkeit und mit Ausdauer an die Aufgabelösung; es gelingt auch, sie trotz allen Versagens zu immer wiederholten Lösungsversuchen anzusporen, sie würden auch vielfach weitergearbeitet haben, wenn nicht die Zeit des Untersuchers begrenzt gewesen wäre. Sie lösen die Teilglieder der Aufgaben richtig, sie behalten, worauf es ankommt, den Sinn der Aufgabe und die gelösten Teilglieder; aber im Augenblick der Entscheidung versagen sie. Denn wenn in diesem Moment die Fülle der gleichzeitig zu verarbeitenden Momente auf sie einstürmt, werden sie hilflos oder schrecken zurück und fangen den ganzen Prozeß noch einmal von vorn an. Die Eigentümlichkeit dieses Verhaltens wird durch die Sicherheit, mit welcher sie linear fortschreitende Aufgabelösungen vollziehen können, noch besonders unterstrichen (B, E).

Untersucht man nun die Teilfunktionen der Aufmerksamkeit, das Beobachten mit einer gleichbleibenden Daueranspannung, das Beachten mit seiner Einstellungsfähigkeit, das Bemerken und die darin eingeschlossene Anregbarkeit und das lebendige Erfassen mit seiner Wucht und Intensität, so wird man finden, daß unsere Kranken in all diesen Dingen zwar nicht immer ganz ungestört sind, daß aber doch die Störungen nicht dazu geeignet sind, die eigentümliche Verteilung der Leistungen gegenüber dem von uns verwendeten Fragebogen zu erklären. Denn diese Störungen zeigen unsere Kranken auch gelegentlich bei anderen Aufgaben. Die Dämpfbarkeit der Aufmerksamkeit scheint hingegen bei allen unseren Kranken ganz intakt zu sein. Es kann sich auch nicht um eine selbständige Störung des Vordergrund-Hintergrundverhältnisses im Erleben handeln. Denn dasselbe würde ja Voraussetzung jeder Aufgabelösung überhaupt sein. Störungen hierin müßten sich also nicht nur bei ganz bestimmten Aufgaben zeigen.

Am stärksten wird die Störung, um die es sich hier handelt, hervortreten, wenn es sich um den eben im statu nascendi lebendig sich vollziehenden Entschluß handelt. Die Wiederholung eines bereits gefaßten Entschlusses kann diese Störung nicht aufweisen. Auch dies trifft für unsere Kranken zu.

Die Selbständigkeit des geschilderten Entschlußvorgangs und seiner »Kapazität«, bzw. der Aufmerksamkeitskapazität in seinem Augenblick tritt also nicht nur im inneren Erlebnis des Gesunden, sondern auch in krankhaften Zuständen darin hervor, daß er gegenüber den anderen mitwirkenden Erlebnissen selbständig gestört sein kann.

Mit diesen Ausführungen ist aber natürlich die Störung, um welche es sich handelt, keineswegs schon ausreichend bestimmt. Wir kennen vielmehr nur ihren allgemeinen psychologischen Ort. Da aber auch der Gesunde in diesem Augenblick bereits Störungen und Hemmungen unterliegen kann, welche zu Fehlleistungen führen,

so wäre nun die nächste Aufgabe die festzustellen, welche besonderen Merkmale die hier vorliegende Störung der Schädelverletzten kennzeichnen. Dazu reichen aber drei Beobachtungen nicht aus. Vielmehr bedarf es dazu größerer Beobachtungsreihen, in welchen die Zufälligkeiten aller Art mehr und mehr ausgemerzt werden können.

Die besondere Kennzeichnung kann nur erfolgen, wenn man außerdem die unmittelbaren Erlebnismerkmale kennt, welche den unmittelbaren Vollzug der Entscheidung und der entscheidenden Entschlüsse kennzeichnen. Wir wissen allerdings augenblicklich noch nicht einmal anzugeben, ob unsere Erkrankten irgendwie Veränderungen im Vollzug des Entschlußvorganges in sich erleben, mögen sie ihnen nun gar nicht oder nur dunkel und undeutlich fühlbar werden. Gewisse Anzeichen weisen freilich darauf hin, daß sie sich ihrer Störung nicht nur aus dem endlichen objektiven Mißerfolg ihrer Bemühungen, sondern irgendwie unmittelbar bewußt sind. In diesem Fall haben wir also die Veränderungen im Vollzug ihres unmittelbaren Erlebens aufzusuchen. Aber selbst wenn solche nicht nachweisbar wären, müßte die Untersuchung der »Kapazität« besonders und genauer erfolgen, als es heute möglich ist. Auf jeden Fall hätten wir weitere eingehendere Erfahrungen abzuwarten.

Aus allen diesen Gründen versagen wir es uns, die möglichen Zusammenhänge aufzudecken, welche zwischen den übrigen selbständigen oder als selbständig erscheinenden Störungen unserer Kranken (Merkfähigkeit, Wahrnehmung, Sprache u. a. m.), und den Störungen des intellektuellen Entschlußvorganges bestehen könnten. Sie können nämlich nur dann ermittelt werden, wenn man die Phänomenologie aller ihrer unmittelbaren Erlebnisweisen kennen würde. Als endliches Ziel darf aber auch hier vorschweben, daß man das Syndromgesetz und das Gesetz des äußeren Verhaltens der Kranken aus den phänomenologischen Eigentümlichkeiten ihres unmittelbaren Erlebens bestimmt.

Wir fahren nunmehr in unserem Gutachten fort und suchen die Auswirkungen der hier umgrenzten Störung auf das Gesamtverhalten genau zu ermitteln.

3. Die hier gegebene Deutung seiner Leistungsprüfungsergebnisse hat aber vielleicht auch Bedeutung für das Gesamtverhalten T.'s. Denn es wäre möglich, daß im intellektuellen Entschlußvorgang Momente enthalten sind, welche auch für die Entschlußvorgänge des praktischen Lebens bedeutsam sind.

In seinem Verhalten verwickelten Aufgaben gegenüber steckt infolge der genauer zergliederten Störungen ein Mangel an Überschau und Überblick, welcher für das praktische Leben die größte Bedeutung gewinnen muß. Seinen Anforderungen werden wir in ihrem ständigen Wechsel und Wiederholungen nur gerecht, wenn wir das Vermögen zur Festhaltung

größerer Aufgabenkreise und der vorausblickenden Überschau ebenso besitzen, wie das Vermögen, in der Verfügung darüber Entschließungen zu fassen. Darauf erst baut sich die Fähigkeit auf, innerhalb eines mehr oder weniger umgrenzten Bereiches beliebig unsere Interessen bald hierhin, bald dorthin zu verschieben oder bald mehr zu konzentrieren oder zu verteilen, je nachdem wie es zweckmäßig erscheint, ohne dadurch den Gesamtüberblick zu verlieren. Besitzen wir diesen Überblick und die Freiheit der Entschließungen über unsere Interessen innerhalb seiner nicht, dann zerfällt für uns der Tag in eine Reihe mehr oder weniger verbindungsloser Einzelereignisse, deren Sinn zwar nicht jedesmal von neuem ergründet werden muß, für welche wir doch immer wieder von neuem vor Entscheidungen gestellt werden, deren Gelingen durch die von uns gezeichnete Störung in Frage gestellt wird.

In dieser Situation befindet sich, wenn auch noch nicht in ihrem schwersten Grade, T. in der Tat, und daraus wird sein Verhalten in vieler Hinsicht verständlich.

Es erklärt sich z. B. seine ständige Überraschtheit bei plötzlichem Wechsel der Unterhaltung oder Untersuchung, seine Neigung, sich von den anderen abzusondern, aber auch die Abwehrhaltung, in der er sich Untersuchungen oder neuen Situationen gegenüber leicht befindet. Er ist sozusagen bestrebt, sich vor den plötzlichen unvorhergesehenen Situationen zu sichern, die Ansprüche an seine Entschlußkraft stellen. Vermutlich steht mit dieser das ganze Seelenleben ständig verändernden Störung auch in Zusammenhang, daß er seine Beschwerden in immer neuer Wiederholung vorträgt. Die Störung führt ja in letzter Auswirkung zwangsläufig dazu, daß der Verletzte an verarbeiteten Eindrücken der Außenwelt verarmt, so wie ihm auch die Möglichkeit genommen ist, sich durch planmäßiges vorausschauendes Entschließen gegen die Verarmung an Eindrücken zu schützen. Denn jeder Neu- oder Wiedererwerb, ja jeder verständige Wiedergebrauch unseres geistigen Besitzes setzt innere Entschlußvorgänge voraus, wenn auch meist in abgekürzter Form. Das Versagen in ihnen führt so mit der Zeit zu Erschwerungen im Wiedergebrauch, Wiedererwerb oder Neuerwerb geistigen Besitzes und zur inneren Verarmung. Die Verarmung aber führt wieder dazu, daß der Kranke sich mehr und mehr mit sich selbst beschäftigt, so daß er gerade nicht dazu kommt, die sicher vorhandenen Beschwerden zu überwinden. Auf diese Weise wird der Eindruck der Neurotisierung in hohem Grade erzeugt werden.

Andererseits sind gerade Schädelverletzte, die überhaupt zu größerer Besorgnis um ihre Person neigen, dazu besonders verdammt, aus Unsicherheit und Schwächegefühl in eine überbetonte Sorglichkeit zu geraten, welche den günstigen Mutterboden für seelisch entstandene Krankheitsgefühle und Beschwerden gibt. Bei T. scheint es ebenso zu liegen.

4. Einer Besprechung bedarf noch der Einfluß, den die bei T. aufgefundene Störung der Seelentätigkeit und des gesamten aufmerksamen Erlebens für die Arbeitsfähigkeit des T. hat.

T. vermag infolge ihrer nicht mehr recht jene fortwährende Umstellung vorzunehmen, die auch die schlichteste Fabrikarbeit immer noch erfordert. Diese Umstellung wird ja gerade erst dadurch ermöglicht, daß unter der Wirkung der immer überblickten und leise vorschwebenden Gesamtsituation und Gesamtaufgabe je nachdem bald jene bald diese Tätig-

keit in inneren Entscheidungen vorweggenommen werden kann, um dann automatisch oder willentlich eingeschaltet zu werden. T. kann dies nicht mehr leisten und sieht sich so bei Verrichtungen aller Art, die nicht in der mechanischen Wiederholung einfachster Handreichungen oder Betätigungen bestehen, immer wieder plötzlichen unvorhergesehenen oder unvorbereiteten Anforderungen gegenüber.

Wahrscheinlich steht damit auch die Oberflächlichkeit in Zusammenhang, die seine Betätigung für gewöhnlich an sich hat. Der Eindruck entsteht etwa beim Kehren oder Wischen daraus, daß T. nicht genau auf alle Ecken acht hat. Da berichtet wird, daß T. früher zuverlässig gearbeitet hat, und somit kaum anzunehmen ist, daß es hich hier um eine Charaktereigenschaft handelt, so liegt der Schluß nahe, daß er infolge seiner Störung der Gesamtauffassung viele Einzeldinge übersieht. Im Ergebnis folgt daraus, daß er seine Arbeiten nur oberflächlich erledigt. Inwieweit dieser Schluß zutrifft, konnte nicht näher geprüft werden.

Auf jeden Fall bedarf T. bei Verrichtungen, die eine Selbständigkeit erfordern, ständiger Führung durch einen aufmerksamen Gesunden. Dies ist aber eine Forderung, welche T. im heutigen Arbeitsbetrieb geradezu unmöglich erscheinen läßt.

Zur Veranschaulichung der letzten Erwägungen des Gutachtens möge die Wiedergabe eines weiteren Krankheitsfalles dienen, der uns zugleich die Möglichkeit bietet, die Ergebnisse unserer Untersuchungsmethode in leichteren Graden derselben Störung zu zeigen:

Fall IV. Der Kranke K. St. hat im Oktober 1931 einen Motorradunfall erlitten, dadurch daß er einen Fußgänger streifte und dabei die Herrschaft über sein Motorrad verlor. Er wurde einige Meter weit vom Rad geschleudert und blieb bewußtlos liegen. Die Untersuchung ergab (auch röntgenologisch) einen schweren Schädelbasisbruch mit Blutung aus dem linken Ohr, gefolgt von mehrtägigem Liquorabfluß aus dem linken Ohr. Er war etwa acht Tage bewußtlos, danach noch längere Zeit unorientiert. Einige Tage bestand Harnverhaltung, dann einige Monate noch eine komplette linksseitige Abducensparese, Vorbeizeigen und taumelnder Gang.

Unzweifelhaft hat es sich also um ein schweres Schädelhirntrauma gehandelt, und es ist als äußerst wahrscheinlich anzunehmen, daß hier ausgedehnte Contrecoup-Schädigungen vorgelegen haben. Noch im März 1932 sind die neurologischen Unfallfolgen sehr deutlich: Doppelbilder infolge der Abducensparese, Vorbeizeigen, springende Mydriasis, leicht taumelnder Gang. Auch tritt eine starke Schwerbesinnlichkeit hervor, dazu leichte Wortfindungsstörungen.

September 1932 sah ich den Kranken zuerst. Die neurologischen Unfallfolgen waren geschwunden, der Kranke viel regsamer, aber er hatte das volle Bild eines postkommotionellen Schwächezustandes, war gemütlich äußerst labil, ängstlich, scheu, kaum psychiatrisch zu untersuchen.

Jetzt im Juli 1933 kam er erneut zur Nachuntersuchung zu mir. Er selbst hat das Gefühl, daß es ihm viel besser geht, er ist weniger anfällig, schläft besser, hat sich in seinem Fleischereibetrieb schon wieder mitbeschäftigt, macht aber die charakteristische Angabe, daß er bei der

Wurstbereitung immer dastehe wie ein noch ungelernter Lehrling. Er wisse schon die Rezepte, aber er könne es dann nicht machen.

Seine Frau meinte vor allem, es fehle ihm die Selbständigkeit, er bedürfe immer einer gewissen Führung, die ihm das Anfangen erleichtere. Allein könne er noch nicht viel. Neue Eindrücke, neue Umgebung, etwa auch der Verkehr mit dem Publikum in seinem Fleischereigeschäft erregten ihn sehr. Er bemühe sich sehr zu arbeiten; es gehe aber sehr langsam und er komme leicht aus der Fassung, sobald nicht alles einen ganz gewohnten ruhigen Gang gehe. Die geringste außergewöhnliche Belastung lege ihn lahm.

Bei der Exploration und Untersuchung war körperlich nichts mehr von Unfallfolgen nachzuweisen. Er war regsam, aber schüchtern und ängstlich, stotterte etwas, überlegte lange und machte auf den ersten Eindruck fast einen neurotisierten Eindruck. Man sah aber bald, daß er sich Mühe gab und daß er Fragen und Unterredungen gut folgte. Dabei wich seine Unruhe und Erreglichkeit, er gewann sichtlich Fassung und erschien dann nicht mehr besonders auffällig. Die Leistungsprüfung ergab keine deutliche Herabsetzung der Merkfähigkeit für Zahlen, die Lernfähigkeit war normal für Silbenreihen, die üblichen Proben löste er glatt.

Seine Ausfüllung des Fragebogens ergab das folgende Resultat:

Name: K. St. Datum: 13. 7. 33.

A.

Beispiel:

Alle ...... haben einen ......
Menschen, Pflanzen, Wald, Kopf Berge Ast.
Der Schnee war ...... es warm geworden war
weiß geschmolzen solange gefallen damit weil
Jedes Mädchen hat einen ...... und zwei ......
Zopf brüder Mund Zähne Auge Hände.

1. Kranke Leute werden ...... sie gesund sind.
bis beklagt als gepflegt gefragt ehe.
2. Manche ...... lassen sich nur mit großer Mühe ......
Handlungen halten handeln Krankheiten Wohltaten heilen.
3. Wer lange ...... hat soll ......
ruhen, geschlafen, bezahlen Haare gearbeitet stehen.
4. Wenn die Blumen ...... werden die Wiesen ......
größer, riechen bunter feuchter blühen verwelken.
5. Zum ...... braucht man ......
kleben reinigen Blech heften, Leim Lehm.
6. Der Knabe war ...... so daß er ...... werden mußte.
krank belohnt bestraft müde gefragt faul.

B.

Setze im folgenden Text die fehlenden Worte ein.

Das gestohlene Pferd.

Nahe an einem Walde weideten mehrere Pferde. Ein schlauer Pferdedieb lockte das schönste davon in den Wald, indem er Hafer aus einem

Sacke nahm und auf den Boden warf. Er hatte ein Bündel mit viel Geld bei sich. Dieses schnallte er schnell dem Pferd auf den Rücken, schwang sich in den Sattel und machte sich aus dem Staube wie er eine Weile geritten war, kam er an einen breiten Graben. Vor diesem hielt das Pferd an und getraute sich nicht weiter. Aber der Dieb durfte sich nicht lange aufhalten, wenn er nicht gefast werden wollte. Deshalb schlug er auf das Pferd los, damit es schnell über den Graben springe. Jedoch das Tier wurde sehr Wild bäumte sich hoch auf und schmieß den Reiter ab. Dann rannte es im Galopp zurück. Der Bauer dem das Pferd gehörte, saß inzwischen traurig zu Hause in seiner Stube vor ein paar Tagen war ihm erst die Scheune abgebrannt. Nun hatte er auch noch sein Pferd verloren. Seine Frau und seine Kinder weinten laut. Auf einmal hörten sie den Hufschlag eines Pferdes. Sie gingen nach draußen dem Lichte hinaus, denn es war Tag geworden. Da stand ihr gestohlenes Pferd und wieherte laut. Die Freude war groß. Als aber der glückliche Bauer das Pferd absattelte fand er das Bündel des Diebes. Er öffnete es und sah zu seinem Erstaunen das viele Geld. Damit konnte er seine abgebrannte Scheune wieder aufbauen lassen. So war das Unglück für ihn zum Glück geworden.

C.

Beispiele:

Messer schneidet — Nadel: spitz zerbricht sticht Eisen.
traurig: heiter — dunkel: trübe hell Stern, Nacht.
Riese: Zwerg — groß: dick, Ungeheuer: schwach, klein.
Bild: sehen — Lied: Musik singen malen hören.
kalt: Eis — heiß: Hitze warm Schnee Dampf.
Löwe: Tier — Rose: duftet Pflanze Blatt Dorn.
Mensch: Wohnung — Vogel: Haus singt Nest Ei.
Ankunft: Abreise — Anfang, Mitte Ende, Eisenbahn.
Monde: Erde — Erde: Wasser Himmel, Sonne scheint.
Matrose: Flotte — Soldat Gewehr Helm Schiff Herr.
Januar: Februar — Juni Monat Juli Mai Sommer.
essen: dick — hungern: Speise trinken mager müde.
Preußen: Deutschland — Teil: Sachsen England Europa, Ganzes.
Kleider: Mensch — Haare: Kamm Hund Bart Stoff.
Eltern: Befehlen — Kinder: artig sollen gehorsam gehorchen.
kauen: Zähne — riechen Kiefer Nase Geruch Rose.
Steuer: Schiff — Schanz: Segel, Hund Katze Vogel.
Frühling: Sommer — Herbst: Ernte Winter Jahr kalt.
Kugel: Kreis — Würfel: eckig Körper Quadrat Linie.

D.

Beispiele:	Städten leben in Menschen?	Ja	Nein
	Walde wachsen im Pilze?	Ja	Nein
	Aus gemacht Holz werden Hüte?	Ja	Nein
1.	Wohlschmeckende sind Eier Früchte?	Ja	Nein
2.	Holz meistens werden aus Kisten gemacht?	Ja	Nein
3.	mit es Bildern gibt mehrere Bücher?	Ja	Nein
4.	Kann Berg den Wasser das hinauffließen?	Ja	Nein

5. Schweres ist ein Verschwiegenheit Verbrechen? Ja Nein
6. Mit es Knöpfen gibt mehrere Kleider? Ja Nein
7. geheilt schmerzhafte vollständig werden können stets Krankheiten? Ja Nein
8. kann Erde der Pferd ein auf laufen? Ja Nein
9. Hasen schießen Rehe Jäger und? Ja Nein

E.

Beispiele:	25	30	35	40	45	50	...55...60...
	4	5	7	10	14	19	...25...32
	3	2	5	4	7	6	...9...8
	2	3	4	5	6	7	...8...9
	6	9	12	15	18	21	24 27
	9	1	9	2	9	3	9—4 9—5
	40	33	27	22	18	15	50—43 10—5—12—10
	16	1	14	3	12	5	10—7
	5	4	6	5	7	6	8—7
	16	8	4	2	1	$1/2$	$1/4$—$1/8$
	1	2	4	8	16	32	64—128
	15	13	11	9	7	5	3—1

F.

1. Wieviel Bücher sind 27 Bücher und 15 Bücher? 42
2. Wenn du 6 Wochen lang jede Woche 7 Pf. sparst, wieviel hast du dann im ganzen? 42
3. Franz hat 20 Mk. in der Sparkasse, seine Schwester Emma hat nur 14 Mk. Franz möchte, daß sie beide gleich viel haben. Wieviel muß er dann seiner Schwester von seinem Gelde geben? 3 Mk.
4. Wenn 7 Flaschen Wein 21 Mk. kosten, wieviel kosten dann 9 Flaschen? 27 Mk.
5. Max ist 12 Jahre alt, Paul ist drei Jahre jünger als Fritz und Fritz ist 4 Jahre älter als Max, wie alt ist Paul? 13
6. 5 Männer streichen einen Zaun in 4 Tagen. Wieviel Männer sind nötig, um ihn in einem halben Tag zu streichen? 40
7. Ein Meter Band kostet 4 Mk. Wieviel Meter Band bekommt man für 17 Mk.? 4 Meter 25 Z.
8. Wenn ich zu dem Dreifachen einer Zahl 4 hinzuzähle, so bekomme ich 25. Wie heißt die Zahl?
9. Ein Händler kaufte eine Anzahl Schafe für 800 Mk. und verkaufte sie für 1010 Mk. An jedem Schaf verdiente er 10 Mk. Wieviel Schafe waren es? 21 Schafe.

*

Schreibe den ersten Buchstaben deines Vornamens an das linke Ende des Striches und den letzten Buchstaben deines Zunamens an das rechte Ende des Striches.

K————————————————————S

G.

Unterstreiche alle Zahlen, die größer als 30, aber kleiner als 40 sind.

28 97 81 53 46 75 31 68 92 14 86 23
57 42 79 35 64 19 39

*

Wenn du genau weißt, wie oft im Jahre die Sonne scheint, dann schreibe das Wort »selten« vor die 3, wenn du es nicht weißt, dann schreibe das Wort »oft« hinter die 3.

1 2 3 oft 4 5

*

Schreibe alle Buchstaben, die mehr als einmal, aber weniger als dreimal in dem Wort Konstantinopolitaner vorkommen zwischen die beiden Punkte.

● a i e r ●

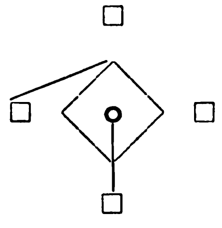
*

Wenn die Worte in die richtige Reihenfolge geordnet werden, welches ist dann der 4. Buchstabe des dritten Wortes? Schreibe ihn in das Quadrat.

Vierzig Sechzig Dreißig fünfzig zwanzig.

*

Ziehe eine gerade Linie von dem linken Punkte bis zur oberen Ecke des Vierecks und ziehe eine gerade Linie von dem kleinen Kreise bis zum unteren Punkte.



Hierbei ist jedoch zu bemerken, daß er ohne Anleitung nur die Aufgaben B, F und G. gelöst hat. Letztere recht langsam und mit einem charakteristischen Versager bei der schwierigsten Konzentrationsaufgabe. Den Lückentext löste er ziemlich rasch ganz selbständig.

Für die Aufgabe E bedurfte es nur der Hilfe, daß ihm die Zahlenreihen der Beispiellösungen langsam vorgelesen wurden. Dann verstand er sofort, worauf es ankam. Er löste auch alle Reihen richtig bis auf die Reihe 40 33 27 22 18 usw. Hier kam er erst nach ständigem Korrigieren durch den Untersucher auf das Ergebnis.

Vor den Aufgaben A und D saß er hilflos. Erst als die Aufgabe

mit ihm im einzelnen durchgegangen war, verstand er, worauf es ankam. Er brachte es aber nicht fertig, nun die Lösungen richtig einzufügen und durchzuprobieren, vielmehr unterstrich er ziemlich rasch ein ihm sinnvoll erscheinendes Wort, dann überflog er die Reihe, sowie die Satzlücken, ging auf die nächste Aufgabe über; nur das sehr leichte Beispiel »Zum Kleben braucht man Leim« löste er sofort.

Die Aufgabe D hat er ganz leidlich gelöst, nachdem er an den Beispielen durch Durchgehen derselben im einzelnen verstanden hatte, worauf es ankam. Allerdings geriet er beim Unterstreichen immer wieder ins Schwanken, mehrmals mußte er dann wieder von vorn anfangen; er wußte zwar, worauf es ankam, man sah aber, wie ihm die Zusammenfassung zur Entscheidung schwer wurde. Alle Umstellungen und Unterstreichungen an sich konnte er rasch fertig bringen.

Nicht nur dem Gesamtverhalten, sondern auch den Einzelprüfungsergebnissen nach hat dieser Kranke die geringsten Dauerfolgen des Unfalls bzw. der Schädel-Hirnverletzung davongetragen. Er befindet sich wohl auch noch in ständiger Besserung. Trotzdem ergibt sich nun ein grundsätzlich gleiches Bild wie in den vorhergehenden Fällen: Die Aufgaben A und D bereiten dem Kranken so große Schwierigkeiten, daß er ohne Anleitung den Schlüssel nicht findet und auch nur unter ständiger Führung zu einem Ergebnis kommt, obwohl das Ergebnis der übrigen Prüfungen zeigt, die Ursache des Versagens sei nicht in einer allgemeinen Schädigung der elementaren Intelligenzfunktionen zu suchen. Vielmehr zeigt auch er für die Aufgaben rasches Verständnis und behält sie dauernd im Auge. Es gelingt ihm allerdings schließlich unter Anleitung wenigstens eine weitgehend richtige Teillösung. Es ist sehr kennzeichnend, daß er immer dort versagt, wo es auf die dauernde Vereinigung verschiedener Teilaufgaben, besonders ankommt: z. B. bei der Zahlenreihe 40 33 usw. Auch hier muß neben der allgemeinen Aufgabe dauernd gegenwärtig gehalten werden, daß und wieviel die Differenz der Zahlen abgenommen hat. Das Prinzip der Abnahme konnte der Patient dabei erkennen, aber er versagte schließlich doch.

In leichteren Graden der Störung tritt also das Versagen am deutlichsten heraus, wenn die Kranken sich selbst überlassen den Fragebogen ausfüllen sollen, und es ist ihr Verhalten während der durch Anleitung ermöglichten Durchführung der Prüfung kennzeichnender als das endliche Beantwortungsergebnis. Aber grundsätzlich ist die Verteilung der Leistungen durchaus dieselbe wie in den schwereren Fällen.

Dieser bessere Zustand des Kranken gibt aber Anlaß, die Frage aufzuwerfen, woran es liegt, daß der Kranke zwar die Aufgabe der Lückentextergänzung, sowie die übrigen Aufgaben außer A, D, E sofort erfaßt, während er vor allem vor A und D vollkommen hilflos sitzt. Es ist dies ja keineswegs ein gewöhnliches

Bild. Die Regel ist sonst, daß jemand, der die Rechenaufgaben dieses Bogens sowie die Aufgaben unter G richtig und ohne wesentliche Schwierigkeiten löst, auch wenigstens die Aufgaben versteht, die durch die Beispielslösungen der Aufgaben A und D gestellt werden. Dann kann die Lösung immer noch nicht gelingen. Andererseits sieht man umgekehrt als Regel, daß ein Kranker, welcher die Aufgaben A und D von sich aus nicht versteht, auch nicht imstande ist, andere Aufgaben des Bogens zu lösen. Gerade in dieser Hinsicht tritt das Besondere des geistigen Zustandes unserer Hirnverletzten deutlich heraus.

Wiederum kann es nicht das durchgängige Versagen der formalen Verstandesfunktionen sein, die zu diesem auffälligen Verhältnis führt. Es werden ja Aufgaben von einiger Schwere sonst ganz spontan verstanden. Es ist nicht einfach mit dem Worte Urteilsschwäche abzutun, was hier gefunden wird. Es ist aber andererseits doch kein Zufall, daß gerade dieselben Aufgaben unvollkommen verstanden werden zu deren Lösung die Kranken die meisten Hilfen brauchen. Denn — das hat schon vor Jahren *Klages* hinsichtlich der Gestaltungskräfte auseinandergesetzt — auch für die intellektuellen Betätigungen gilt, daß nichts erfaßt wird, wofür nicht wenigstens das reziproke Vermögen der einheitlichen Verarbeitung vorhanden ist. Die Auswertung dieses wichtigen Satzes für die Schwachsinnspsychologie ist noch nicht in Angriff genommen. Es ist aber bedeutsam, daß unsere Kranken ja gerade nicht eigentlich schwachsinnig sind, nicht einmal dement im üblichen klinischen Sinne. Sie haben aber für Aufgaben, deren Lösung ihnen infolge mangelnder Vereinheitlichungskraft unmöglich ist, auch kein Verständnis, weil für die Erlangung solchen Verständnisses die »nachahmende« Vorwegnahme der gleichen vereinheitlichenden Entschließungen gefordert wird, die im Ernstfall der selbständigen Aufgabenlösung ihren Schlußpunkt gibt.

Damit aber gewinnen wir nun auch den Anschluß an die Darlegungen des zuletzt wiedergegebenen Gutachtenabschnittes. Denn überall dort, wo im praktischen Leben dem Kranken analoge Aufgaben gestellt werden — und sie umgeben uns eigentlich täglich —, steht der Kranke mit der gleichen Hilflosigkeit und Verständnislosigkeit im Leben, wie hier vor den Prüfungsaufgaben: Wie ein noch ganz ungelernter Lehrling. Nur mit dem Unterschied, daß der Lehrling in unzähligfacher Wiederholung des gleichen Aktes zusammenfassender Vereinheitlichung Schritt für Schritt zur Durchdringung seiner Tagesarbeit gelangt, während dem Kranken infolge seiner krankhaften Störung dieser Erfolg versagt bleibt.

So kann es nun in der Tat zu einer fortschreitenden geistigen Verarmung kommen. Denn auch hier bedeutet Stillstand Rück-

schritt. Andererseits wird aber auch bei diesem Kranken der Zusammenhang zwischen Bewußtsein des Nichtverstehenkönnens, Scheu, Hilflosigkeit, Ängstlichkeit, Unsicherheit und neurotisierter Gesamthaltung mit der eigentlichen formalen Störung offenkundig. Denn — um mit der Frau dieses letzten Kranken zu reden — »es fehlt die Selbständigkeit« bei derartigen Kranken, muß fehlen, wo einer der entscheidenden Vorgänge höchster geistiger Aktivität gestört ist.

Von zwei Seiten her erklärt sich also die Führungsbedürftigkeit dieser Kranken: sie brauchen in der jeweiligen entscheidenden Entschlußphase den stützenden Helfer, sie müssen aber auch jemand um sich haben, der ihnen die Situation klären hilft, der sie sich mehr oder weniger verständnislos gegenüber befinden. Daher sind sie auch so eigenartig zurückgezogen und meiden neue oder schwer übersehbare Umgebung.

Fast bedarf es keines besonderen Hinweises mehr darauf, daß mit allen diesen wichtigen Folgen der herausgestellten Störung schließlich auch die immer wiederkehrende Feststellung der Angehörigen solcher Kranken ihre Erklärung findet, die Kranken könnten innerhalb gewisser Grenzen im gewohnten Rahmen gewisser alltäglicher, zumal von früher her vertrauter Aufgaben noch mancherlei leisten. Es muß dann freilich vorgesorgt sein, daß die Kranken auch ganz gleichmäßig in dem vorgezeichneten Rahmen fortarbeiten können. Gewiß ist dieses Verhalten vieldeutig und könnte auch aus anderen Störungen der Geistestätigkeit hervorgehen; immerhin ist es kein Zufall, daß dieses Verhalten auch bei unseren Kranken eigentlich regelmäßig verzeichnet wird.

Die Aufzeichnungen über das Verhalten G.'s zeigen auch dessen starke Führungsbedürftigkeit in grellem Lichte. Unmittelbar im Zusammenhang mit unserer Störung stehen offenbar in Zusammenhang die Vorkommnisse beim Handschuhkauf und bei der Erneuerung seines Hutes. Beim ersteren kann er keine Auswahl treffen, weil ihn die große Auswahl und die Vielfältigkeit und Unsicherheit seiner eigenen Wünsche angesichts seiner Unfähigkeit zur zusammenfassenden Entschließung vollkommen aus der Bahn wirft, das andere Mal vermag er in der Großstadt offenbar seine Hutbesorgung nur unter größten Schwierigkeiten zu erledigen, weil er hierbei ganz ähnlich wie bei jeder rein intellektuellen Entscheidung in den Prüfungsaufgaben eine ganze Reihe von Gesichtspunkten gleichzeitig zu einer Gesamtübersicht bereit haben muß, um die endgültige Entscheidung zu treffen.

Dies gibt aber einen gewissen Hinweis darauf, daß die in den vier Fällen vorhandene Störung auch für die Initiativelosigkeit gewisser Schädelverletzter nicht ohne Bedeutung ist. Ich meine die, welche nicht im neurologischen Sinne akinetisch oder abu-

lisch sind, wohl aber trotz vieler Ansätze nicht zum endlichen Entschluß kommen und daher nichts fertig bringen. Schließlich sitzen sie mehr oder weniger entschlußlos, aber nicht antriebslos oder willensunfähig herum. Es wäre natürlich töricht, aus der dargelegten Schwäche auch die übrigen psychischen Ausfälle Hirnverletzter ableiten zu wollen. Das würde überhaupt nur möglich sein, wenn man sich auf phänomenologische Feststellungen über die Zusammenhänge im unmittelbaren Erleben stützen könnte. Aber, wenn sie auch nicht Grund aller Leistungsausfälle unserer beiden Kranken ist, an der Eigenart des Alltagsverhaltens wirkt die Schwäche der gedanklichen Vereinheitlichung verschiedener Tatbestände oder Aufgaben bei allen drei Kranken unzweifelhaft mit. Ich bin überzeugt, daß ähnliche Mechanismen auch dann vorliegen können, wenn wir die Störung des Entschlußvorganges nicht so experimentell nachweisen können, wie hier. Geringere Grade der gleichen Störungen können sich schon auf das Entschließen auswirken, ehe derartige primitive Aufgaben für die Kranken unlösbar bleiben. Denn natürlich sind die täglichen Lebensaufgaben ungleich verwickelter und verlangen bei einigermaßen hervorgehobener oder selbständiger Lebensstellung ein viel höheres Maß an Wahlfähigkeit. Daher könnte man sich schon denken, daß die Kranken mit solcher Störung im praktischen Leben früher versagen als bei der Intelligenzprüfung. In der Tat trifft man Unfallsschädelverletzte, bei denen ohne besondere Denkstörungen die Entschlußunfähigkeit dauernd im Vordergrund des Krankheitsbildes steht, ohne daß man von Antriebslosigkeit oder von Willensschwäche zu sprechen berechtigt wäre.

So hatte ich vor einiger Zeit einen älteren Herren zu begutachten, der vor längeren Jahren einen schweren Unfall mit Mitbeteiligung des Gehirns erlitten hatte. Leichte Reflexanomalien und kortikale Sensibilitätsstörungen bestanden jetzt noch, es war also die zerebrale Schädigung absolut sichergestellt. Rentenansprüche kamen nicht in Frage. Der Herr war Siedler. Die Frau berichtete nun, daß er seit dem Unfall ganz entschlußlos sei, allen Entscheidungen ausweiche, Briefe unbeantwortet liegen lasse oder ihre Erledigung immer wieder trotz mancherlei Ansätzen hinausschöbe, daß er nicht recht imstande sei, die notwendigen Anordnungen im landwirtschaftlichen Betrieb rechtzeitig zu geben u. a. m. Bei der Beobachtung fiel — genau wie in einer Universitätsklinik — hier nur eine gewisse persönliche Vernachlässigung in Haltung und Kleidung und eine deutliche Entschlußlosigkeit auf. Im übrigen war der Kranke ganz anregbar, gelegentlich auch ganz munter und zeigte keinerlei Denkstörungen oder Leistungsausfälle sonst. Von Antriebsmangel konnte nicht wohl die Rede sein, ebensowenig von Demenz im üblichen Sinne.

Der Zusammenhang solcher allgemeinen Reduktion der persönlichen Entschlußkraft mit der in den genauer beschriebenen vier Fällen vorhandenen Denkstörung wird dann deutlich, wenn

man bedenkt, daß die Entschlüsse des Alltagslebens eigentlich durchgängig nicht auf Grund linearer Erwägung, sondern in Verdichtung und elastischer beweglicher Zusammendrängung verschiedenster Gesichtspunkte gewonnen werden müssen. Es kommt immer wieder darauf an, die einzelnen für sich gewonnenen Entscheidungs- und Entschlußgründe nicht nur zusammenzufassen und zu vereinheitlichen, sondern diese Vereinheitlichung bei lebendiger innerer Bewegung zu vollziehen mit mancherlei Aufmerksamkeitswechsel und unter wechselnder Betonung bald dieses, bald jenes Gesichtspunktes. Hier geht also den Entschlüssen des praktischen Lebens eine Arbeit voraus, welche unserer Versuchsanordnung bei der Intelligenzprüfung grundsätzlich, wenn auch nicht in den Einzelheiten, ähnlich ist. Störungen in dieser Hinsicht können daher die Entschlußkraft selbst dann noch lähmen, wenn Urteilsstörungen, oder Willensstörungen, oder Antriebsschwäche oder gar Störungen der Merkfähigkeit, der Aufmerksamkeit oder der Materialbeschaffung gar nicht oder nur in einem so geringen Grade vorhanden sind, daß das praktische Versagen im Alltagsleben daraus nicht hergeleitet werden kann. Gewiß wird es oft so sein, daß das Versagen in den Alltagsanforderungen nur durch das Zusammenwirken der verschiedenen Störungen bedingt wird. Nicht immer wird eine Störung so rein im Vordergrund stehen wie in unseren Fällen.

Warum sie dies hier tut, muß im Unklaren gelassen werden. Es lassen sich augenblicklich weder psychologische noch physiologische Tatsachen zur Begründung dafür anführen.

Auch für die Weitschweifigkeit und die sprachliche und gedankliche Struktur der freien Erzählung unserer Fälle ist die Störung der inneren Entschlußvorgänge gewiß nicht ohne Bedeutung. Etwas von der Uneinheitlichkeit, dem »Breicharakter« der Berichte des Kranken G. wird wohl auf den Mangel an Vereinheitlichung der Gesichtspunkte zurückgeführt werden dürfen, welche die Intelligenzprüfung näher aufdeckt. Aber auch hier muß offen gelassen werden, in welcher Weise nun die verschiedenen Teilstörungen (Merkschwäche, Sprach- und Wortfindungsstörungen, Urteilsschwäche, Konzentrationsunfähigkeit usw.) zusammenwirken und wie sie strukturell ineinandergefügt sind. Die Lösung dieser Frage gelänge eben, wie wir schon sagten, nur durch genaue phänomenologische Untersuchung, für welche unsere Fälle keine Anhaltspunkte liefern. Wir lassen es also unbestimmt, in welchem theoretischen Verhältnisse sich die verschiedenen Teilstörungen befinden mögen und machen nur darauf aufmerksam, daß es etwas anderes ist, die Auswirkungen einer Störung auf das Gesamtverhalten zu ermitteln, und etwas anderes, ihren strukturellen Zusammenhang mit anderen Teilstörungen aufzudecken.

Rein methodisch möchte ich noch bemerken, daß das explorative Vorgehen und die Prüfungsweise unserer Kranken sich wahrscheinlich auch für andere Schädelverletzte empfiehlt. Nicht nur handelt es sich darum, in der wissenschaftlichen Vertiefungsarbeit der Symptomatologie unserer Schädelverletzten die hier niedergelegten Befunde nachzuprüfen, zu korrigieren und zu begrenzen, sondern noch mehr darum, bei der Begutachtung nicht penetrierender Schädelverletzungen und ihrer Folgen nach einer solchen Störung zu fahnden, wie sie hier gezeigt wurde. Ich habe gerade in Bethel immer wieder kennengelernt, wie ungeheuer schwer diese Begutachtung ist. Die Fälle von multiplem (sogenannten) Contrecoup können nach der Art der immer sehr flachen Hirnnekrosen noch mit keiner diagnostischen Methode bestimmt werden, wenn die Contrecoupherde wie gewöhnlich an der Basis oder Spitze oder Außenseite der Schläfenlappen oder der Basis und Spitze der Stirnlappen sitzen; auch die im Scheitellappen liegenden Contrecoupstellen machen für gewöhnlich keine Herderscheinungen. Die Herdchen sind auch zu klein und, wenn ausgedehnter, meist zu flach, als daß sie enzephalographisch in Erscheinung zu treten brauchten. Ich habe mich autoptisch an derartigen Fällen überzeugen können, daß eine Ventrikelerweiterung oder Verziehung, die enzephalographisch darstellbar wäre, ebensowenig einzutreten braucht, wie eine allgemeine Hirnatrophie. Wir sind also lediglich auf die vertiefte Erfassung der seelischen Allgemeinsymptome angewiesen. Diese muß aber den Weg gehen von den sicheren Hirnverletzungen zu den sicheren schweren Contrecoupfällen ohne Schädelverletzung bis schließlich zu den leichteren Formen bloßer charakterlicher Veränderung der Gesamtpersönlichkeit. Diagnostische Sicherheit statt gutachterlicher Willkür wird nur dadurch erreicht werden, daß im Verfolg solcher Befunde, wie wir sie hier aufzeigen konnten, das seelische Störungsgesetz durch die ganze Reihe der Schweregrade von Schädelverletzungen eindeutig hindurch verfolgt werden kann. Zum mindesten vorläufig sollte daher die Nachprüfung unserer Befunde in keinem Falle von tatsächlicher oder vorgeblicher Schädel-Hirnverletzung und bei jedem Verdacht auf Contrecoup unterlassen werden.

Schließlich erörtern wir noch kurz die gutachtliche Beurteilung unseres Ausgangsfalles.

V.

1. **Besteht noch Behandlungsbedürftigkeit und in welchem Umfange?** Es erscheint nicht zweckmäßig, T. in seinem gegenwärtigen Zustand vollkommen sich selbst zu überlassen. Dann wird bei ihm die Neigung zu unnötigem Versinken in seinen Beschwerden und die Angewöhnung von allerlei gesellschafts- und gemeinschaftswidrigen Haltungen ständig wachsen. Andererseits ist es unerwünscht, T. an den Gedanken regelmäßiger Be-

handlung zu gewöhnen. Vielmehr erscheint es zweckmäßig, beide Gesichtspunkte unter dem fürsorgerischen derart zu vereinigen, daß mit der Beratung gleichzeitig eine psychotherapeutisch eingestellte Beaufsichtigung und Anleitung verbunden wird. Ratsam ist es, daß dies immer von derselben Stelle aus geschieht. Vielleicht empfiehlt es sich, T. anzuweisen, in angemessenen Zwischenräumen uns aufzusuchen. Wir würden dann in unserer Sprechstunde (etwa durch einen der Herren Ärzte, die T. hier noch kennen) T. entsprechend zu beeinflussen versuchen und durch Aufrechterhaltung der Verbindung mit den Eltern und Beratung derselben hinsichtlich des Umgangs mit ihrem Sohne versuchen, das Überwuchern ungünstiger Einstellungen möglichst einzudämmen. Besondere Kosten würden dadurch nicht erwachsen. Es würde aber dadurch zugleich verhindert, daß T. immer wieder neue Ärzte aufsucht, die ihn nicht kennen und infolgedessen mit den notwendigen Besonderheiten seiner Behandlung nicht vertraut sein können.

Ratsam ist bei T., noch auf lange Sicht eine Behandlung mit krampfbekämpfenden Arzneien, hier am besten mit Luminal, durchzuführen. Erfahrungsgemäß setzen nach solchen Operationen die Krämpfe meist längere Zeit aus. Sie können aber jederzeit wiederkehren. Die Wiederkehr und die etwaige Schwere werden verzögert bzw. verringert durch die arzneiliche Krampfbehandlung. Zurzeit hat T. zweimal 0,1 Luminal bekommen. Wahrscheinlich wird sich diese Menge im Laufe der Zeit auf die Hälfte herabsetzen lassen.

Man kann natürlich nicht sicher voraussehen, wie sich der Zustand in Zukunft gestalten wird. Es ist Besserung durchaus möglich. Wiederkehr der Krämpfe würde die Notwendigkeit der Anstaltsunterbringung in den Bereich der Möglichkeit rücken. Mitunter ist eben der Zustand solcher verletzten Gehirne ein dauernd wechselnder, weil die Narben und die anatomischen Veränderungen sonst auch das weitere Leben des Gehirns in ständig fortentwickelnder Weise verändern können. Auf jeden Fall müßte es Aufgabe sein, die Anstaltsunterbringung möglichst lange hinauszuzögern.

Dazu gehört auch, daß T. nicht völlig tätigkeitslos herumlungert, sondern in irgendeiner Weise mechanisch beschäftigt wird. Wir würden versuchen, die Eltern zu veranlassen, daß sie ihren Sohn zu regelmäßigen kleinen Betätigungen im Haus anhalten, sowie daß sie seinen Tageslauf streng ordnen.

2. Zurzeit ist an Verwendung des T. zu wirklicher Arbeit nicht zu denken. Die Einschränkung der Erwerbsmöglichkeit überschreitet zwei Drittel. Die verbliebene Möglichkeit zu einfachen mechanischen Verrichtungen, zu denen beim Ausbleiben von neuen Anfällen auch gewiß einfachere Botengänge gehören könnten, ist nicht höher als 25% anzusetzen, so daß T. zurzeit als mit etwa 75% in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt anzusehen sein dürfte.

Wann der Zustand diesen Grad erreicht hat, ist nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Als greifbarer Tag ist etwa der Aufnahmetag in das Möllerstift Juli oder August 1932 anzusetzen, weil schon damals die Verschlimmerung der Anfälle bestanden hat, welche dann zur Operation in Gilead führte.

3. Ob der Zustand sich wieder so bessern wird, daß T. in größerem

Umfang arbeitsfähig wird, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Es empfiehlt sich, diese Frage in etwa einem Jahre noch einmal zu prüfen. Allerdings stimmen die Berichte darüber, daß T. nach seinem Unfall tatsächlich nicht mehr gearbeitet hat, vorsichtig. Wenn sie dahin ausgelegt werden können, daß T. sich nicht gedrückt hat, sondern tatsächlich dauernd behindert war, dann würde die Aussicht auf Wiederherstellung sehr gering sein, weil es sich dann eben nicht um eine vorübergehende Zustandsschwankung infolge der gehäuften Anfälle handeln könnte. Hierher gehört auch der Bericht, daß T. beim Kartoffellegen half. So viel ersichtlich ist, hat T. dabei nur die Rolle des untergeordneten Zuträgers gespielt, während die Leitung der Arbeit in den Händen des Vaters lag.

VI.

Die Begutachtung T.'s auf Grund der hier vorgenommenen Beobachtung kommt also zu folgenden Ergebnissen:

1. Bei T. bestehen als Unfallfolgen eine eigenartige Störung der Denktätigkeit und der Gesamtaufmerksamkeit, durch welche nicht nur die Leistungsfähigkeit T.'s bei irgendwelchen Arbeitsverrichtungen schwer beeinträchtigt wird, sondern auch die ganze Persönlichkeit des T. auf ein tieferes Niveau als früher herabgedrückt ist. Trotz Ausbleibens der Anfälle nach der letzten Hirnoperation ist dadurch die Erwerbsfähigkeit T.'s in so hohem Grade beschränkt, daß die ihm verbliebene Erwerbsfähigkeit auf etwa nur 25% geschätzt werden darf. Wiedernachprüfung dieser Beurteilung in einem Jahr ist anzuraten.

2. Zur möglichsten Verhütung etwaiger Verschlimmerungen ist Behandlung mit Luminal noch für lange Zeit anzuraten.

3. Es ist ratsam, T. einer fortlaufenden fürsorgerischen Betreuung in lockerer Durchführung zu unterstellen, damit die seelischen Rückwirkungen der verbliebenen bzw. neu hinzugekommenen Unfallfolgen auf ein möglichst geringes Maß herabgedrückt werden.

4. Die zukünftige Entwicklung des Zustandes muß äußerst vorsichtig beurteilt werden. Zurzeit ist die Gefahr des Wiederauftretens von epileptischen Anfällen noch nicht geschwunden.

Der Versuch, hier im Zusammenwirken mit der Berufsgenossenschaft an die Begutachtung eine fürsorgerische Betreuung des Ti. anzuschließen, ist bis jetzt mit gutem Erfolg durchgeführt worden. Ti. holt sich seine Arzneiverschreibungen auf Anweisung der Berufsgenossenschaft bei uns; wir sehen ihn in regelmäßigen Abständen und suchen ihn öfters auf. Dadurch ist seine neurotische Einstellung und das Herumlaufen bei Ärzten sofort abgebremst worden, auch die Gesamteinstellung der Familie ist vernünftiger geworden. Ti. ist im ganzen munterer. Er beschäftigt sich einigermaßen regelmäßig auf dem Felde mit leichteren Arbeiten (Jäten, Hacken usw.) Der psychische Zustand ist aber in den Grundzügen derselbe. Es besteht bei den Vertretern der Berufsgenossenschaft die Neigung, jede solche Beschäftigung sofort als mit der Invalidisierung unvereinbar anzusehen. Wir führen die Fürsorge an Ti. also auch in dem Sinne, daß wir der Berufsgenossenschaft den

arbeitstherapeutischen Charakter dieser Beschäftigung und ihrer fürsorgerischen Regelung klarmachen, daß wir die ordnenden Wirkungen solcher geregelten Beschäftigung für das Denken und Verhalten solcher Verletzten aufzeigen und daraus ihre Notwendigkeit dartun. Wir vermeiden dadurch den unglückseligen Zirkel, der dann entsteht, wenn die Berufsgenossenschaften das Wiedererwachen normaler Betätigungsantriebe durch die neurotisierende Forderung unterdrücken, ein Invalider dürfe überhaupt nicht arbeiten. Im schlimmsten Falle führt diese Auffassung zur gegenseitigen Lüge, zur Bespitzelung und Verärgerung, kurzum zum Kampf. Wir versuchen diesen Kleinkrieg auszuschalten durch den Einsatz rein therapeutischer Erwägungen und bekämpfen durch die Fürsorge sowohl die neurotischen als die Defektkomponenten des Gesamtzustandes. Daß man in dieser Hinsicht durch beharrliche Folgerichtigkeit doch mancherlei erreichen kann, zeigt der gegenwärtige Zustand von Patient G., der inzwischen gelernt hat, Gartenarbeiten mit einiger Selbständigkeit durchzuführen.

Wie weit man bei Ti. kommt, steht dahin. Es hängt ja bei ihm sehr viel davon ab, ob er wieder krampfkrank wird. Vorläufig ist er krampffrei. Hoffentlich kann er noch weiter gefördert werden. Auf jeden Fall ist aber die Entspannung der Atmosphäre schon ein fürsorgerisches Moment, dessen Inangriffnahme sich lohnt.

Ich würde hoffen, daß ein solches Vorgehen, welches an die Begutachtung die fürsorgerische Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft oder dem Versicherungsträger überhaupt anschließt, sich bei geeigneten Fällen allmählich immer mehr einbürgert. Manche Unliebsamkeit der augenblicklichen Verhältnisse würde dadurch verschwinden. Die Gutachter würden aber auch in den Stand gesetzt, ihre gutachtlichen Schlüsse katamnestisch nachzuprüfen und dadurch den Wert ihrer Gutachten zu steigern.

Hier ist einer der Punkte, an dem gerade die Anstalten sich stärker als bisher in den sozialen Aufbau zumal auch des neuen Staates einschalten könnten.

Renale Kochsalzausscheidung und epileptischer Krampfanfall.

Von

Oberarzt Dr. **Ostmann**, Landesheilanstalt Schleswig.

Die Untersuchungen beziehen sich auf eine Gesamtzufuhr von rund 15 g Chlornatrium am Tage. Sie wurden angestellt bei 20 Männern mit genuiner Epilepsie. Klinisch nachweisbare Ursachen für eine Störung des Kochsalzstoffwechsels lagen nicht vor. Die Kranken sind gleichen Alters und stehen im vierten Jahrzehnt. Auf den Einzelnen kamen 23 bis 32, durchschnittlich 27 Erhebungen. Verfahren wurde nach der Anweisung von *Volhard-Arnold*.

Der Übersichtnahme zugrunde gelegt sind die Vorgänge der krampffernen Zeit. In diesen Abschnitt sind nur solche Bestimmungen gerechnet worden, die einen wenigstens fünftägigen Abstand von dem letzten und einen zumindest ebenso großen von dem nächsten Krampfanfall hatten.

Alsdann drehte es sich um die prä- und postparoxysmalen Veränderungen. Sie wurden festgestellt für den Anfallstag selbst und ein bis dreimal 24 Stunden nach beiden Seiten verfolgt.

Alle diese um das Krampfereignis gelagerten Ergebnisse sind bei jedweden sowohl untereinander als auch mit den krampffernen verglichen worden.

Vorweg zu bemerken ist, daß die Na Cl-Ausscheidung sich quantitativ jederzeit — also auch bei Anfallsfreiheit — als großen Schwankungen unterworfen erwies. In den Tagesteilergebnissen konnten solche Unterschiede nicht überraschen. Sie waren viel eher zu erwarten. Zu ihrer Erklärung genügte es, die Zeitabstände von der Nahrungsaufnahme und die Abhängigkeit von Ruhe oder Bewegung heranzuziehen.

Auffälliger war aber die Unstetigkeit in den krampffernen Tagesgesamtergebnissen des einzelnen. Sie umgriffen eine Spanne von etwa 2 bis 24,5 g und waren mit der erwähnten Zufuhr von insgesamt 15 g natrium chloratum oft schlecht in Einklang zu bringen. Um Diätfehler oder um ein Übersehen anderweitiger

krankhafter Störungen, die den Kochsalzstoffwechsel hätten beeinflussen können, handelte es sich nicht. Diese Verschiedenheit ereignete sich bei allen Untersuchten. Auch kam sie trotz der ganz gleichen Versuchsanordnung nicht an den gleichen Tagen, sondern an völlig verschiedenen vor. Mehrmals schien Retention in der Begleitung von Verstimmungen und Verwirrtheitszuständen zu sein.

Schon diese ersten Feststellungen aus dem krampffernen Verlauf zeigen die Schwierigkeiten, die sich der Verfolgung der renalen Kochsalzausscheidung in Hinsicht auf den epileptischen Symptomenkomplex entgegen stellen. Sie weisen darauf hin, daß aufmerksamste Vorsicht in der Bewertung der Vorgänge angebracht ist. Es wird demgemäß dann auch nichts weiter als ein Versuch, das Geschehen in seinen Grundzügen zu erfassen, beabsichtigt. Stets wird aber zu bedenken sein, daß alle hier wiedergegebenen Veränderungen im Krankheitsablauf eine Rolle spielen »können«. Ob sie es tun »müssen«, ob sie eine Begleiterscheinung, einen Ausdruck darstellen, ob sie begünstigende oder ursächliche Bedeutung für das Zustandekommen des epileptischen Anfalles haben, sind weitere Fragen.

Die präparoxysmale Ausfuhr erging sich ebenfalls in sehr unterschiedlichen Werten. Sie schwankten zwischen 1,755 bis 19,539 g den Tag. Mit Sicherheit ergab sich jedoch, daß bei den Teilausbeuten kurz vor dem Anfall vorzugsweise geringere NaCl-Mengen im Harn erschienen als während des gleichen Zeitabschnittes nach ihm. Diese Umstände hielten zwar nicht in demselben Umfange aber doch deutlich erkennbar an bei der Gegenüberstellung der drei letzten der Krampfäußerung voraufgegangenen mit den drei ersten ihr gefolgten Tagen. Wurde der Befund der drei letzten vor einem Anfall gelegenen Tage an denen des freien, fernen Abschnittes gemessen, so überwog dasselbe Verhältnis noch eben ersichtlich. Im einzelnen sind es über 75 v. H. Analysen gewesen, die im präparoxysmalen Teilergebnis geringere Kochsalzwerte gezeitigt hatten als postparoxysmal. Der Vergleich der Gesamtbestimmungen, die die unmittelbar diesseits und jenseits des Anfalls gelegenen dreimal 24 Stunden betragen, zeigte, daß mehr als 60 v. H. derselben Steuerung gefolgt waren. Die dreitägige Krampfvorbereitungszeit schließlich auf die Anfallsferne bezogen, wahrten immer noch mehr als 50 v. H. Untersuchungen denselben Grundsatz. Wurden die Voranfallserhebungen untereinander ausgewertet, so wiesen die dem Krampfereignis nächsten häufigere und stärkere Verhaltung als die entfernteren.

Es führte dementsprechend der Harn nach der Krampfentladung einen höheren Gehalt an Natrium chloratum als zu der

Zeit, in der sie sich vorbereitete. Seine Mindest- und Höchstziffern lagen zwischen 3,217 und 21,294 g täglich. Die Bezugnahme auf den anfallsfreien Verlauf stellte dazu fest, daß dieser letztere in der Hälfte der Untersuchungen höhere Ausscheidungswerte hatte.

Die zu den geschilderten im Widerspruch stehenden Beobachtungen, also präparoxysmale vermehrte und postparoxysmale verminderte Kochsalzabgabe, waren stark in der Minderheit. Sie beschränkten sich aber durchaus nicht immer auf bestimmte Kranke, sondern sie ereigneten sich gelegentlich bald einmal bei diesem, bald bei jenem. Es ließ sich nicht ermitteln, daß jeder Untersuchte stets seine bestimmte Weise beibehielt, wohl aber ließ sich ersehen, daß er einer den Vorzug gab.

Vergesellschaftet erschien der dem Anfall voraufgehenden Kochsalzverhaltung eine verminderte Wasserabgabe, während die nachträgliche Kochsalzausschwemmung unter Vermehrung der Harnmenge eintrat. Auch hierbei gab es aber gegenteilige Feststellungen wie daneben solche, die keinerlei derartige Bindungen erkennen ließen.

Die Sachlage wäre demgemäß die, daß trotz der erwähnten großen Schwankungen die Na Cl-Ausscheidung im Harn der überprüften Epileptiker am ausgiebigsten anfallsfern war. Sie war vor dem Krampfanfall in der Hauptsache beeinträchtigt und stieg nach seinem Auftreten an, erreichte dabei aber im allgemeinen nicht die hohen Zahlen der krampffernen Zeit.

Reichskonkordat und Krankenseelsorge.

Von

Geh. Medizinalrat Dr. **Max Fischer.**

Das Konkordat zwischen dem Heiligen Stuhle und dem Deutschen Reich vom 20. VII. 1933 enthält einen Artikel, der sich mit der Seelsorge in Krankenanstalten, Strafanstalten u. a. befaßt und darum auch die Ärztewelt und besonders uns Psychiater angeht.

Artikel 28 des Konkordats lautet nämlich:

> In Krankenhäusern, Strafanstalten und sonstigen Häusern der öffentlichen Hand wird die Kirche im Rahmen der allgemeinen Hausordnung zur Vornahme seelsorgerischer Besuche und gottesdienstlicher Handlungen zugelassen. Wird in solchen Anstalten eine regelmäßige Seelsorge eingerichtet und müssen hierfür Geistliche als Staats- oder sonstige öffentliche Beamte eingestellt werden, so geschieht dies im Einvernehmen mit der kirchlichen Oberbehörde.
>
> Zusatz: In dringenden Fällen ist der Zutritt den Geistlichen jederzeit zu gewähren.

Bisher war die Regelung dieser Materie, deren Bedeutung für unsere Kranken von den Psychiatern, und zwar gerade den tüchtigsten, niemals verkannt worden ist, ohne gesetzliche Bestimmung innerhalb der Hausordnung der Krankenanstalten und nach dem Befinden der ärztlichen Leitung erfolgt, ohne daß es, wenigstens so weit ich unterrichtet bin, zu erheblichen Schwierigkeiten oder Beanstandungen gekommen wäre; kleinere Reibungen mögen wohl hie und da sich ereignet haben. Es wäre interessant zu erfahren, welche Tatsachen und Erfahrungen zur Festlegung des Verfahrens in einem der wichtigsten Staatsakte geführt haben und von welcher Seite her. Es liegt nahe anzunehmen, daß die Forderung von der Kurie aus erhoben wurde. Anzuerkennen ist, daß die Fassung vom ärztlichen Standpunkte aus nicht anzufechten ist bzw. als gut tragbar erscheint. Zu Bedenken könnte höchstens der Zusatz Anlaß geben. Wer entscheidet, was ein d r i n g e n d e r Fall ist? Doch wohl, da es sich um k r a n k e Menschen handelt, der behandelnde Arzt bzw. der Anstaltsleiter, soweit die Dringlichkeit irgendwie durch

das körperliche oder psychische Befinden des Kranken hervorgerufen wird, also in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle.

Bei körperlich Kranken liegt der Fall insofern einfacher und klarer, als der Patient in der Regel bei Bewußtsein ist und das Verlangen nach dem Seelsorger entweder selbst stellen kann oder in dieser Richtung beeinflußbar ist. In extremis, bei aufgehobenem Bewußtsein oder bei Zweifel über dessen Bestehen, hört ohnehin die Möglichkeit seelsorgerischer Einwirkung auf. Daß es aber auf diesem Gebiete auch Grenzfälle und Konfliktstoffe gibt, zeigt deutlich ein sehr feinsinniges Drama unseres Kollegen, des Dichters *Arthur Schnitzler:* »Professor Bernhardi.« Darin wird gezeigt, wie der behandelnde Arzt und Krankenhausleiter eine Schwerkranke, die im Todeskampf durch hohes Fieber und eine Injektion in euphorische Stimmung versetzt ist und von ihrem Ende nichts ahnt, vor der letzten priesterlichen Handlung schützen will und den Geistlichen vom Sterbebett zurückweist unter Berufung auf sein ärztliches Gewissen und seine ärztliche Pflicht. Durch eine unbesonnene hysterische Krankenschwester wird diese ärztliche Absicht im letzten Moment vereitelt. Die Kranke stirbt, statt in Euphorie, nun im Schreck über die ihr auf solche Weise offenbar werdende Todesnähe. Daran schließt sich ein Prozeß gegen den Krankenhausleiter an; er wird sogar durch Intrigen fälschlicherweise verurteilt. Aber selbst der beteiligte Priester muß in einer von ihm gesuchten Zusammenkunft — dem Höhepunkt des Dramas — dem Professor das Zeugnis ausstellen, daß er als Arzt von seinem Standpunkte aus gar nicht anders habe handeln können und dürfen, und findet den versöhnenden Abschluß, daß er dem Gegner über den Abgrund zwischen den beiderseitigen Weltanschauungen hinweg die Hand reicht: »Lassen Sie uns nicht hinabschauen für einen Augenblick!« Ich bitte hierzu das Stück selbst nachzulesen. Das ist nun so ein dringlicher Fall, in dem der Arzt seine Entscheidung nach seiner ärztlichen Überzeugung mutig und ohne Rücksicht auf die Folgen zu treffen hat bei aller Achtung vor der Religion.

In Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke liegt die Sache dadurch einerseits einfacher andererseits komplizierter, als der Kranke sehr oft oder in der Regel in seiner Geistestätigkeit und Verfügungsfreiheit ganz bzw. mehr oder minder gehemmt und gestört ist. Hier hat der Arzt sowohl die allgemeinen Richtlinien wie auch die jeweilige bzw. regelmäßige Form der seelsorgerischen Tätigkeit im einzelnen Fall zu bestimmen, ebenso natürlich, was in den sogen. dringenden Fällen zu geschehen hat. Wo ein Anstaltsgeistlicher im Hauptamte bestellt ist, also täglich in die Krankenabteilungen kommt, soweit dafür ärztliche Kontraindikationen wie z. B. für Wach- oder Aufnahmeabteilungen nicht bestehen, da ergibt sich im Laufe der ständigen Zusammenarbeit zwischen den be-

handelnden Anstaltsärzten und dem Geistlichen die richtige Form der Seelsorge bei beiderseitigem gutem Willen und verständigem Verhalten ganz von selbst. Erweist sich ein Geistlicher infolge seiner weltanschaulichen oder einseitig moraltheologischen Einstellung bei seiner Einwirkung auf die Kranken als zu befangen und starr in seiner Überzeugung, so muß er eben in seinem eigenen Interesse wie im Interesse des Ganzen ausscheiden und durch eine geeignetere Kraft ersetzt werden. Am besten tut der Anstaltsgeistliche, wenn er weniger als priesterliche Autorität oder gar als Eiferer und Bekehrer, sondern mehr als der Freund der Kranken mit möglichst einfacher, natürlicher, ruhiger, je nach Lage durch gesunden Humor gemischter Verhaltensweise und Rede auftritt, Trost und Rat spendend, liebevoll vermittelnd, so besonders auch zwischen Kranken und schwierigen oder unverständigen Familienangehörigen. Auch sonst gibt es für ihn manche wertvolle Betätigung im Anstaltswesen, z. B. in der Ausbildung bzw. Betreuung des Pflegepersonals usw. Immer soll sich der Geistliche in Kontakt halten mit den behandelnden Ärzten und ihnen in der psychischen Beeinflussung der Kranken den nun einmal erforderlichen Vorrang lassen, selbst wo er wegen seiner ganz andersartigen Vorbildung den Sinn des ärztlichen Handelns nicht ganz zu verstehen oder zu billigen vermag. Die Einheitlichkeit in der individuellen Krankenbehandlung muß als der oberste Gesichtspunkt immer gewahrt bleiben.

Auch in den Heilanstalten für Geisteskranke wird im Einzelfalle die Dringlichkeit der seelsorgerischen Hilfe nur vom Arzte richtig erkannt werden können, da nur er den Bewußtseinszustand und die geistige Aufnahmefähigkeit seines Patienten richtig einzuschätzen versteht oder doch besser als andere, als Laien, wer sie auch seien. Ihn muß in allem als oberstes Gesetz das »Nihil nocere« leiten!

Für den Geistlichen, der nur im Nebenamte an einer Heilanstalt tätig ist, lassen sich aus dem Gesagten unschwer die Richtlinien seiner Berufsausübung ableiten.

Man darf die Zuversicht hegen, daß sich immer Ärzte finden werden, die sich die Sicherheit ihres Handelns zu bewahren wissen. Möge es auch nie an Anstaltsgeistlichen fehlen, die sich in Unterstützung des Arztes in seinen Heilplan einordnen und die Pflichten ihres schönen und aufopferungsvollen Amtes an den Kranken im Geiste des Stifters unserer Religion erfüllen!

Aus der Provinzialheilanstalt Warstein.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

XVI.

Psychische Störungen bei einem erwachsenen Encephalitiker, Anklage wegen Mordes.

Von

Prov. Obermedizinalrat Dr. **Hegemann.**

Ein 42 jähriger Enzephalitiker hat einen Mord begangen. Er wurde als geisteskrank und unzurechnungsfähig bezeichnet, auf Grund des § 51 StrGB. außer Verfolgung gesetzt und als gemeingefährlicher Kranker einer Anstalt überwiesen. Dieser Fall dürfte seiner Eigenart wegen für Fachkreise weitgehendes Interesse haben.

Wenn wir auch bei erwachsenen Enzephalitikern mit krankhafter Persönlichkeitsänderung alle möglichen kriminellen Handlungen beobachten, so sind doch so schwere kriminelle Handlungen auf dem Boden dieser Krankheit selten. Es sind einige Fälle von Mord durch Enzephalitiker veröffentlicht, aber nicht eine Beobachtung, bei welcher der Zusammenhang zwischen organisch bedingter krankhafter Wesensänderung und krimineller Handlung so deutlich ist. In dem vorliegenden Falle ist auf dem Boden einer chronischen Enzephalitis ein geistiger Ausnahmezustand erwachsen, der auch an sich mancherlei Auffälligkeiten bietet. Der Verdacht, die Tat begangen zu haben, fiel im Kreise der eigenen Verwandten sofort auf den Täter, aber keinem der Angehörigen ist dabei der Gedanke gekommen, der Mann sei geisteskrank und infolge einer früheren durchgemachten Enzephalitis vielleicht nicht verantwortlich zu machen. Der erste vom Gericht vernommene Gutachter hatte die Symptome und das Wesen der Krankheit verkannt, und wenn es nicht zu einer erneuten Begutachtung gekommen wäre, hätte der kranke Mörder leicht verurteilt werden können.

Der Tatbestand war in diesem Falle kurz folgender: Die 62 Jahre alte Witwe G. wurde im August 1932 morgens in ihrem Bette tot aufgefunden. An den Armen und am Hals der Leiche zeigten sich frische Kratzwunden. Am Kopfende des Bettes war ein Bindfaden befestigt, der von dem Täter um den Hals der Frau gelegt war. Der Bindfaden war so locker um den Hals der Toten befestigt, daß man sofort sehen konnte, ein Tod durch Erhängen war auf diese Weise nicht möglich gewesen.

Der Verdacht, die Frau getötet zu haben, fiel sofort auf den im selben Hause wohnenden Schwiegersohn der Frau G., den Invaliden P., hauptsächlich deshalb, weil dieser in der Nacht aufgestanden und das Schlafzimmer, in dem er mit seiner Frau zusammen schlief, verlassen

hatte. P. wurde schon einige Stunden später zur Sache polizeilich vernommen. Er bestritt, seine Schwiegermutter getötet zu haben, schilderte, was er am Tage vorher gemacht, daß er mit seiner Frau zu Bett gegangen sei. Gegen Morgen habe er das Schlafzimmer kurze Zeit verlassen, sei in die Wohnung seiner Schwiegermutter gegangen, um seinen Durst zu löschen. Er habe das Schlafzimmer höchstens auf einige Minuten verlassen. Wie er auf der Uhr festgestellt, habe er morgens $4^3/_4$ Uhr wieder im Bett gelegen. Gegen 6 Uhr morgens sei er dann mit seiner Frau aufgestanden und habe sich mit dieser im Garten beschäftigt.

Nach P. wurde seine Frau vernommen. Diese gab an, sie sei gegen $^1/_2 12$ Uhr abends mit ihrem Manne zu Bett gegangen und habe bald mit ihrem Manne Geschlechtsverkehr gehabt. Nach dem Verkehr sei sie bald eingeschlafen. Ihr Mann habe sie aber nach ganz kurzer Zeit wieder aufgeweckt und nochmals den Verkehr von ihr verlangt. Sie habe sich aber geweigert, weil sie zu müde gewesen und zu ihrem Manne gesagt, er solle sie in Ruhe lassen. Bald darauf habe sie gemerkt, daß ihr Mann das Schlafzimmer verlassen, und auf der Weckuhr habe sie feststellen können, daß es $^1/_2 1$ Uhr nachts gewesen. Sie sei dann inzwischen eingeschlafen. Es möge vielleicht eine halbe Stunde später gewesen sein, als ihr Mann ins Schlafzimmer zurückgekommen. Ihr Mann habe ihr dann noch etwas erzählt von zwei Männern, die draußen am Hause vorbeigegangen seien mit Säcken auf dem Rücken, was sie aber nicht weiter beachtet habe; sonst sei ihr an ihrem Manne nichts aufgefallen. Morgens gegen 6 Uhr sei sie mit ihrem Manne aufgestanden und habe bis 8 Uhr mit ihm im Garten gearbeitet. Auch dabei sei ihr nichts Besonderes aufgefallen, ihr Mann sei gewesen wie sonst. Als morgens die Leiche gefunden war, sei auch ihr Mann in das Schlafzimmer an die Leiche herangekommen, habe sie um die Schultern gefaßt und gesagt, sie solle sich doch beruhigen. Weiter habe er sich aber zu dem Ableben der Mutter nicht geäußert. Ihr sei aber bei dieser Gelegenheit sofort durch den Kopf gegangen, daß ihr Mann nachts aufgestanden, und weil sie gewußt, daß ihr Mann öfter sehr aufgeregt gewesen, sei ihr sogleich der Gedanke gekommen, ob sich ihr Mann nicht in einem erregten Zustande plötzlich an der Mutter vergriffen habe.

Als diese Aussage der Frau dem P. vorgehalten wurde, gab dieser zu, er könne sich an seiner Schwiegermutter vergriffen haben. Auf die Einzelheiten könne er sich nicht besinnen, er sei krank und wisse zuweilen nicht, was er tue. Er wisse noch, daß er in der Küche gewesen, durch die man in das Schlafzimmer seiner Schwiegermutter komme. Er meine, als er wieder in sein eigenes Schlafzimmer zurückgekehrt, sei es morgens 5,45 Uhr gewesen. Woher die Kratzwunden an seinen Armen und an seiner Brust stammten, wisse er nicht. Den Bindfaden, der bei der Leiche gefunden, habe er schon länger bei sich getragen, um damit Rosen im Garten aufzubinden. Er könne sich nicht entsinnen, daß er den Bindfaden seiner Schwiegermutter um den Hals geknotet habe; er könne sich nicht an die Tat erinnern, müsse aber wohl annehmen, daß er der Täter gewesen, weil er nachts in der Küche seiner Schwiegermutter gewesen. Er werde häufig von seinen Gedanken verlassen und wisse dann nicht, was er mache. Er habe sich mit seiner Schwiegermutter gut verstanden, nie Streit mit ihr gehabt, er genieße keinen Alkohol, sei aber

nervenkrank, im Felde verschüttet gewesen. Im Zimmer der Schwiegermutter habe noch ein zweijähriger Junge geschlafen. Er könne nicht sagen, ob er diesen Jungen in der Nacht gesehen, wisse auch nicht, ob die Schwiegermutter geschlafen habe.

Bei diesen Angaben ist P. dauernd geblieben. Zwei Untersuchungsgefangene, mit denen P. in der Haft zusammengesessen, haben bei Gericht zu Protokoll gegeben, P. habe ihnen erzählt, wenn er bisher angegeben, er wisse nicht, wie seine Schwiegermutter zu Tode gekommen sei, so sei das nicht richtig, er wisse es sehr wohl. Seine Frau habe ihm in der fraglichen Nacht zum zweiten Male den Geschlechtsverkehr verweigert, und er sei der Ansicht gewesen, daß die Schwiegermutter seine Frau in dieser Beziehung beeinflußt habe. Er sei dann aufgestanden, in das Schlafzimmer seiner Schwiegermutter gegangen und habe diese ohne weiteres erwürgt. Hinterher habe er dann noch der Schwiegermutter einen Strick um den Hals gelegt.

Die vom Gericht vernommenen Zeugen gaben an, daß P. ein geistig vollkommen normaler Mensch sei, sich aber wohl in den letzten Jahren in seinem Wesen etwas geändert habe. In den letzten Jahren habe er seine Frau schlecht behandelt, viel hinter fremden Frauen hergeschaut; bei geringen Anlässen sei P. in schwere Wut geraten. P. habe auch viel über rheumatische Beschwerden im linken Arm geklagt, habe öfter bei der Arbeit gezittert. Frau P. hatte dem Gericht mitgeteilt, ihr Mann sei leicht erregt, ihr gegenüber schon öfter tätlich geworden, habe sich im Oktober 1931 eines Nachts ganz sonderbar aufgeführt. Als dem Gericht dann auch bekannt wurde, daß P. im Juli 1931 auf ein Gutachten des Kreisarztes hin wegen Nervenleidens, »Parkinson« oder »Schüttellähmung« zum Invaliden gemacht worden war, bekam das Gericht Zweifel an der geistigen Gesundheit des P. und veranlaßte dessen Beobachtung und Untersuchung durch den Gefängnisarzt. Dieser kam in seinem ausführlichen, schriftlich erstatteten Gutachten zu folgenden Schlüssen:

Die Beobachtung habe einwandfrei ergeben, daß P. simuliere. Die Schul- und Allgemeinkenntnisse des P. seien durchaus gut, trotzdem gebe P. häufig Antworten, denen man anmerke, daß sie absichtlich falsch gegeben seien. Die Starrheit des Gesichts und die steife Haltung des P. seien sicher sehr auffallend und als abnorm anzusehen. Diesen auffallenden Zustand wolle ein Kreisarzt schon 1931 bei P. beobachtet haben und sei auf Grund seiner Beobachtungen zu der Diagnose »Schüttellähmung« bei P. gekommen. Dieser Diagnose könne er sich aber nicht anschließen. Das Zittern des P. sei unecht, die Steifigkeit der Glieder finde sich nur im linken Arm bei P. ausgeprägt. Propulsionen und Retropulsionen fehlten bei P. gänzlich. Die Starrheit löse sich mitunter auch. P. könne plötzlich aufspringen. Die starke Schmerzhaftigkeit bei passiver Armbewegung sowie die erheblichen Störungen der Hautempfindung paßten nicht in das Krankheitsbild einer Schüttellähmung. Folgezustände nach Gehirnentzündung, Enzephalitis, seien aus dem gleichen Grunde auszuschließen. P. sei ein typischer Hysteriker, unaufrichtig, verlogen, ein Rentenjäger. Er, der Gutachter, habe auch schwere Erregungszustände bei P. beobachtet, an die sich P. hinterher nicht mehr habe erinnern wollen. Diese »Anfälle« seien unecht gewesen und bewußt von P. dem Arzt vorgetäuscht, um so seinen krankhaften Geisteszustand zu beweisen. Der Tenor des Gutachtens

lautete, P. sei eine genügend intelligente hysterische Persönlichkeit, bei der man neben Unaufrichtigkeit eine Neigung zu Ausbrüchen heftigster Wutaffekte und eine übermäßige sexuelle Triebstärke finde. Mit höchster Wahrscheinlichkeit könnte ein krankhafter Zustand von Bewußtlosigkeit (Dämmerzustand) zur Zeit der Tat ausgeschlossen werden. Außer den angeführten hysterisch-psychopathischen Reaktionsweisen sei eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit nicht zu finden. Die Voraussetzungen des § 51 des StrGB. seien in diesem Falle nicht gegeben.

Es kam aber trotzdem zu einer nochmaligen Beobachtung in einer Anstalt, die folgendes Ergebnis hatte.

P. stammte aus einer gesunden Familie und war in ordentlichen häuslichen Verhältnissen aufgewachsen. In der Schule war P. nach seinen eigenen Angaben, ein Schulzeugnis war nicht zu bekommen, einmal sitzen geblieben, weil er schlecht habe rechnen können. Nach der Entlassung aus der Schule ist er ein brauchbarer Arbeiter gewesen. Er hat sich erst einige Jahre in dem kleinen landwirtschaftlichen Betriebe seiner Eltern beschäftigt, mit 18 Jahren ist er in Stellung gegangen und war zuerst als Knecht, dann als Heizer bis zu seiner Einberufung zum Militär bei derselben Firma tätig. 1912 kam P. zum Militär, diente aktiv bis 1914 und machte dann den Krieg von 1914—1918 an der Westfront mit. Nach Angabe der Regimentskameraden war P. ein sauberer, strammer Soldat, ein geweckter Mensch, gutmütig und verträglich, körperlich kräftig und geistig nicht auffällig, der mit seiner Umgebung sehr gut auskam, als einer der ersten das Eiserne Kreuz bekam und es bis zum Sergeanten brachte. Während des Krieges ist P. mehrere Male in Lazarettbehandlung gewesen wegen Grippe, Rheuma, Bronchialkatarrhs. Irgendwelche Zeichen von geistigen oder nervösen Störungen wurden während dieser Lazarettbehandlung bei P. nicht beobachtet.

Nach der Rückkehr aus dem Felde leistete P. jahrelang auf einem Eisenwerk schwere Arbeit. Sogleich nach dem Kriege hat er auch seine jetzige Frau, die er während des Krieges kennengelernt, geheiratet. P. wohnte im Hause seiner Schwiegermutter und unterhielt mit dieser und mit seinen übrigen Verwandten, die in seiner Nähe wohnten, regen freundschaftlichen Verkehr. Während in den ersten Jahren seiner Ehe das Verhältnis zu seiner Frau und seinen anderen Verwandten ein recht gutes war, machte P. in den letzten Jahren seiner Frau zunehmend mehr Sorgen und wurde bei den andern mit ihm zusammenwohnenden Angehörigen immer unbeliebter. Es machte sich immer mehr ein herrisches Wesen bei P. bemerkbar. P. wurde jähzorniger, aufbrausender, frecher gegen seine Frau, mißhandelte seine Kinder, wurde bei geringfügigen Anlässen maßlos erregt und tätlich gegen andere. Er veränderte sich auch in seinem Geschlechtsleben, stellte immer stärkere Ansprüche an seine Frau, wurde in geschlechtlicher Beziehung immer brutaler und rücksichtsloser, stellte auch seinen eigenen Schwägerinnen nach und verfiel infolgedessen bei seinen Verwandten immer mehr der Verachtung.

Inzwischen war P. krank gewesen, 1926 hatte er wegen Nervenentzündung im linken Oberarm krank gefeiert, 1927 von Februar bis Juni wegen »Grippe und Lungenentzündung«. 1928 ist P. eingehend in seiner Militärrentensache untersucht worden, und schon damals fiel er dem Gutachter durch sein schwerfälliges, anscheinend wenig intelligentes Wesen auf.

1929 stellte ein anderer Gutachter Bewegungsbehinderung im linken Arm fest und bescheinigte, daß P. infolge nervöser Störungen um 40% in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt sei. Im Februar 1930 mußte P. einige Tage im Hospital beobachtet werden, und auf Grund dieser Beobachtung stellte der Arzt bei P. schon die Diagnose: Paralysis agitans oder Parkinsonsche Krankheit. Im März 1930 konstatierte ein Nervenarzt bei P. eine Erkrankung des Nervensystems, und im April und Juni 1930 fand ein Kreisarzt bei P. das Bild einer chronischen epidemischen Enzephalitis und machte ihn daraufhin zum Invaliden.

Im November 1930 wurde P. in einer Militärversorgungssache erneut von einem Nervenarzt untersucht und begutachtet. P. klagte damals über lähmungsartige Steifheit in beiden Armen, über Vergeßlichkeit und innere Aufgeregtheit, das Sprechen werde ihm schwer, er schlafe schlecht, müsse nachts oft herumgehen, weil er Schmerzen in den Beinen habe. P. soll bei dieser Gelegenheit dem Arzt auch gesagt haben, er habe vor einigen Jahren eine Grippe durchgemacht und anschließend an diese Krankheit viel geschlafen. Der Gutachter konnte bei dieser Untersuchung schon folgenden Befund erheben: Leicht fettglänzendes Gesicht, das Gesicht ungleich bewegt, Unempfindlichkeit gegen Nadelstiche am ganzen Körper, deutlich erhöhte Muskelspannung an beiden Beinen und besonders auch im linken Arm, Haltung automatenhaft, steif, mit leicht vornüber gebeugtem Kopf. Arme leicht angewinkelt, seltener Lidschlag, zeitweilig Zittern in der linken Hand. Das Zittern hat parkinsonistischen Charakter. Alle Bewegungen erfolgen langsam und gehemmt. Gang in kleinen Schritten, wobei die Füße wenig vom Boden aufgehoben werden. Der linke Arm pendelt wenig beim Gehen. Bei Augenaufschluß langsames Hintenüberfallen. Sprache unscharf artikuliert, lebhafte Hautschrift und starke Schweißabsonderung an den Händen.

Psychisch, still, ausgesprochen einsilbig, wortkarg.

Der Gutachter kam zu dem Urteil: P. zeigt das typische Bild des sogenannten Parkinsonismus, eines Restzustandes nach einer Encephalitis epidemica.

Im Herbst 1931 sah ein früherer Regimentskamerad von P. diesen nach längerer Zeit wieder und fand, daß P. sich gegen früher so verändert hatte, daß er ihn erst nicht wiedererkannte. Einer Zeugin, bei der P. jahrelang in Diensten stand, ist aufgefallen, daß P., wenn er ihr in den letzten Jahren auf der Straße begegnete, sich zunehmend veränderte, ganz merkwürdig ging und einen auffallend starr ansah. Es konnten Photographien des P. aus früheren Jahren: 1921/22 ermittelt werden. Wenn man diese Bilder mit einer Aufnahme des P. während seines Aufenthaltes in der Anstalt verglich, so fiel jedem sofort auf, wie stark P. sich gegen früher in Haltung und Gesichtsausdruck verändert hatte.

P. war während seines Aufenthaltes in der Anstalt ein normal gebauter Mann in gutem Ernährungszustande. Die Gesichtsfarbe war etwas blaß. Dauernd fiel bei ihm eine unbewußte Starre und Steifigkeit in der Haltung auf. Die Körperhaltung war leicht gebeugt, das Gesicht wenig bewegt, leicht fettig-glänzend, deutliche Fazialisparese links. Die Kopf-Augenbewegung war nicht ganz flott, der Lidschlag deutlich verlangsamt. Die Zunge wurde wenig weit vorgestreckt und zeigte ein grobschlägiges Zittern in der Muskulatur. Die Sprache war etwas monoton, zögernd, wenig

artikuliert. Beim Ansetzen zum Sprechen öfter leichtes Beben und Zittern um den Mund herum. Sehr lebhaftes Nachröten der Haut, gesteigerte Muskelerregbarkeit, starkes Schwitzen. Schmerz- und Berührungsempfindung bis auf den Kopf am übrigen Körper stark herabgesetzt. Bei Augenfußschluß fiel P. um. Zeitweilig grobschlägiges Zittern in den Händen, links mehr wie rechts. Rigor im linken Arm. Rohe Kraft im linken Arm stark herabgesetzt. Schwellung des linken Handgelenks. Bewegungen im linken Handgelenk etwas behindert, bei passiven Bewegungen keine Schmerzen. P. vermochte den linken Arm kaum bis zur Horizontale zu heben. Weitere passive Bewegungen auch im linken Schultergelenk möglich, verursachten aber leichte Schmerzen. Auf dem Röntgenbilde keine Gelenkveränderungen. Die linke Schulter stand etwas tiefer wie die rechte, die Arme dauernd im Ellbogengelenk etwas gebeugt, links mehr wie rechts, die Finger links in Pfötchenstellung. Auch beim Gehen war der Körper stets etwas gebeugt, beim Gehen kurze Schritte, die Füße wurden wenig vom Boden gehoben. Die Mitbewegungen im linken Arm fehlten. Die Herztätigkeit war immer etwas beschleunigt. Die serologischen Untersuchungen ergaben nichts Auffälliges.

P. klagte auf Befragen nur immer über Kopfschmerzen, schlechten Schlaf, allgemeine Müdigkeit, Steifigkeit, Ziehen, Schmerzen in den Armen und Beinen und führte alle diese Beschwerden auf das »Rheuma« zurück, das er mit aus dem Kriege gebracht. Wegen »Rheuma« habe er auch in den letzten Jahren seiner Arbeit nicht mehr nachgehen können und Invalide werden müssen. Geisteskrank wollte P. nie sein, wußte auch nicht anzugeben, ob er vor Jahren einmal eine Grippe durchgemacht. Er erinnerte sich nur, vor Jahren wegen »Lungenentzündung» monatelang krank gefeiert zu haben und von dieser Krankheit habe er sich nicht erholen können, er sei immer schlapp und müde gewesen.

P. verfolgte die Vorgänge in seiner Umgebung, bekundete aber nach außen hin an allem nur wenig Anteil, sprach spontan kaum mit andern, saß meistens still für sich, immer gleichbleibend starr und steif in seiner Haltung, langsam und schwerfällig in seinen Bewegungen, leer und mimiklos in seinem Gesichtsausdruck. Auf Fragen ging P. ein, war gut orientiert, intellektuell sicher dem Durchschnitt entsprechend begabt, zeigte Interesse für die Außenwelt und blieb auch stets in Verbindung mit seiner Familie. Seine Briefe waren aber kurz und gedankenarm, enthielten meistens nur Wünsche nach Tabak. Wenn P. einmal, was selten vorkam, von selbst sprach, so kamen die Worte häufig etwas impulsiv heraus. Sie wurden herausgeschleudert; es waren immer nur wenige Gedanken, denen er so Ausdruck gab, und diese standen mit dem eigentlichen Thema nicht in rechtem Zusammenhang.

Der Schlaf war bei P. immer schlecht. Dieser schlief schlecht ein, wachte häufig auf, schlief vor allem recht unruhig, sprach viel im Schlaf. Aus seinen Äußerungen konnte man entnehmen, daß er meistens im Kriege war.

Wiederholt konnten auch schwere kurzdauernde Erregungszustände bei P. beobachtet werden. So nötigte ihn das Pflegepersonal einmal absichtlich zum Widerspruch, sprach von seiner Straftat. Dies genügte, um P. in eine schwere Erregung zu versetzen. Er wurde ganz blaß, zitterte am ganzen Körper, suchte nach Gegenständen, um auf seine Umgebung loszuschlagen,

suchte sich in der Wut selbst am Halse zu würgen. Nach einigen Minuten beruhigte er sich wieder und saß still für sich in steifer Haltung da. Ein anderes Mal streifte ihn ein Kranker ganz unabsichtlich im Vorbeigehen. P. fiel sofort über diesen Patienten her, wurde maßlos erregt und versuchte ihn am Halse zu würgen. Hinterher wollte sich P. an alle diese Einzelheiten nicht mehr erinnern, behauptete in dem einen Falle, der Kranke habe ihn absichtlich angegriffen. Man hatte während der Beobachtungszeit niemals von P. den Eindruck, als ob dieser übertreibe oder absichtlich die Unwahrheit sage.

Über seine Straftat selbst machte P. dauernd die gleichen Angaben, die er auch schon vor Gericht gemacht. Er gab zu, daß er seine Frau nicht immer gut behandelt habe, ihr gegenüber in den letzten Jahren geschlechtlich sehr anspruchsvoll geworden sei, sich auch häufig über Kleinigkeiten aufgeregt habe. Er wisse nicht, wie er dazu gekommen sei. Es habe ihm hinterher immer leid getan, wenn er seine Angehörigen gekränkt und fremde Personen beleidigt habe. Er habe hinterher immer um Verzeihung gebeten, wenn ihm solche Vorhaltungen gemacht worden seien, sich aber im Augenblick nicht beherrschen können. Gefragt, warum er anfangs die Tat geleugnet habe, äußerte P., er habe es nicht geglaubt, daß er sich so gegen seine Schwiegermutter habe vergehen können, mit der er sich gut gestanden habe. Erst als man ihm die Aussagen seiner Frau vorgehalten, habe er sich sagen müssen, dann könne er doch wohl der Täter gewesen sein. P. bezweifelte immer wieder, daß er solche belastende Aussagen gegen die beiden Mitgefangenen gemacht habe, äußerte, die beiden Gefangenen hätten ihm allerlei über seine Tat vorgeredet, er habe sich darüber alle möglichen Gedanken gemacht und sich tagelang überlegt, wie sich die ganze Sache wohl abgespielt haben könnte. P. wollte auch nie zugeben, daß er seinen Schwägerinnen unsittliche Anträge gemacht habe. Er könne so etwas nicht begreifen. Daß er eines Morgens in das Schlafzimmer seiner Schwägerin habe eindringen wollen, wisse er nicht. Seine Frau habe ihm das eines Tages vorgehalten. Er habe daraufhin seine Schwägerin auch um Verzeihung geten, obwohl er es heute noch nicht glauben könne, daß er sich einmal so vergessen habe. P. wollte sich auch nicht daran erinnern können, daß er eines Nachts in der Küche seiner Wohnung gelärmt und dummes Zeug gesprochen habe, seine Frau habe ihm das wohl eines Tages erzählt.

Keiner der Verwandten, sogar die eigene Frau nicht, hat daran gezweifelt, daß P. für seine Tat verantwortlich zu machen sei. Während der ganzen Voruntersuchung hat niemand aus der Familie geäußert, der Mann sei geisteskrank. Die Ehefrau des P. wurde veranlaßt, ihren Mann während der Beobachtungszeit in der Anstalt zu besuchen. Sie lehnte das verbittert ab und äußerte, sie wolle von diesem Verbrecher nichts mehr wissen. Frau P. gab aber auf Befragen zögernd über ihren Mann eine so charakteristische Schilderung, die zur Beurteilung dieses Falles recht wertvoll gewesen ist.

Frau P. erzählte, sie habe ihren Mann 1914 kennengelernt, ihn während des Krieges einige Male gesehen und ihn 1918 geheiratet. Soviel ihr bekannt sei, stamme ihr Mann aus einer gesunden Familie. Seine Eltern und Geschwister seien brave, ordentliche Leute. Als sie ihren Mann geheiratet habe, sei ihr nichts Besonderes an ihm aufgefallen. Sie habe ihn für einen geistig und körperlich gesunden Mann gehalten. Während ihr Mann in den ersten Jahren der Ehe ein strammer, frischer Mensch gewesen, ein

fleißiger Arbeiter, der klug seinen Vorteil wahrzunehmen verstanden, umgänglich, rücksichtsvoll und sehr gutmütig gewesen sei, habe er sich in den letzten Jahren zunehmend in seinem Wesen verändert. Ihr Mann habe in den ersten Jahren gut für sie und die Kinder gesorgt. Auch bei ihren Angehörigen sei ihr Mann in den ersten Jahren der Ehe recht angesehen und beliebt gewesen. Was den Geschlechtsverkehr anlangt, habe er sie in diesen Jahren stets rücksichtsvoll behandelt und niemals unnatürliche Neigungen gezeigt. Wenn sie nicht irre, so könnten es wohl im Frühjahr sechs Jahre sein, seit ihr Mann einmal sehr schwer und lange krank gewesen sei. Er sei damals an schwerer Lungenentzündung behandelt worden und vier Monate lang nicht zur Arbeit gegangen. In den ersten 14 Tagen dieser Krankheit sei ihr Mann damals ernstlich krank gewesen, habe nicht geschlafen, hohes Fieber gehabt, habe viel phantasiert, oft ganz wirr durcheinander gesprochen, gesungen und zwischendurch immer wieder über furchtbare Kopfschmerzen geklagt. Hinterher habe der Kranke wochenlang auffallend viel geschlafen, sei sogar bei Tage am Tisch eingeschlafen, habe sich immer müde gefühlt, einen schlappen, müden Eindruck gemacht und über Dösigkeit im Kopf geklagt. Wenn sie jetzt darüber nachdenke, so müsse sie sich sagen, seit dieser damaligen schweren Erkrankung sei ihr Mann niemals wieder ganz der Alte gewesen. Ihr Mann sei zunehmend erregter geworden, reizbarer, geräuschempfindlicher. Wenn die Kinder bei Tisch nur die Füße bewegten, habe sich ihr Mann schon maßlos aufregen und auf die Kinder einschlagen können. Auch in geschlechtlicher Beziehung habe ihr Mann sich in den letzten Jahren zunehmend verändert, Tag und Nacht wiederholt das Ansinnen an sie gestellt, mit ihr verkehren zu dürfen, sei auch unnatürlicher in seinem Verkehr geworden, und wenn sie ihm nicht zu Willen gewesen, habe er sie mißhandelt. Wenn ihr Mann so aufgeregt gewesen, sich so habe gehen lassen, habe es ihm hinterher sehr leid getan, und er habe immer wieder reumütig um Verzeihung gebeten. Wenn ihr Mann sich auch bei fremden Personen über Kleinigkeiten maßlos aufgeregt und in der Wut seine Umgebung leicht tätlich angegriffen, habe es ihm hinterher sehr leid getan, und er habe sich jedesmal entschuldigt. Ganz besonders schwer sei ihm die Arbeit geworden auf der Fabrik in den Jahren 1928—30. Ihr Mann sei schließlich aus der Arbeitsstelle entlassen, weil er seinen Betriebsführer eines Tages ohne jeden Grund in einem Wutanfall angegriffen und schwer am Halse gewürgt habe. 1930 sei ihr Mann invalide geworden, weil er eben nicht mehr habe arbeiten können. Die rheumatischen Beschwerden in dem linken Arm seien immer stärker geworden, sein Gang immer langsamer, sein Blick immer starrer. Er habe oft stundenlang auf einen Fleck gestiert und schwerfälliger gesprochen. Zeitweilig sei ihr seine Sprache vorgekommen wie die Sprache eines Betrunkenen, und dabei habe ihr Mann fast nie Alkohol genossen. Die ganze Haltung des Mannes sei auch eine andere gewesen. Dieser habe immer krumm dagestanden und oft mit den Händen gezittert. Im Schlafe habe ihr Mann viel gesprochen. Auch bei ihren Angehörigen sei ihr Mann in den letzten Jahren unbeliebter geworden wegen seines wortkargen, langsamen Wesens, aber auch deswegen, weil er ihren Angehörigen gegenüber schon tätlich geworden und sich den Frauen ihrer Brüder und ihrer Schwester gegenüber schon öfter unsittlich benommen habe. In den ersten Jahren der Ehe sei ihr so etwas bei ihrem Manne nie aufgefallen. Ihre Schwester

habe ihr erzählt, ihr Mann habe eines Morgens gegen 8 Uhr, als das ganze Haus schon auf den Beinen und sie sich selbst nebenan aufgehalten, in ihr Schlafzimmer eindringen wollen. Ihr Mann habe sich damals sagen müssen, er könne jeden Augenblick überrascht werden. Als sie ihn hinterher zur Rede gestellt, habe er angeblich von nichts gewußt. Er habe bald darauf auch ihre Schwester reumütig um Verzeihung gebeten. Einmal habe sie bei ihrem Manne im vorigen Jahre einen ganz merkwürdigen Zustand beobachtet. Sie sei eines Abends schon zu Bett gegangen, und als sie gemerkt habe, daß ihr Mann nicht nachgekommen, sei sie aufgestanden und habe ihn gesucht. Sie habe ihn dann in der Küche gefunden, wo er ganz wirr durcheinandergesprochen, wie er am offenstehenden Fenster gestanden und mit den Händen Bewegungen nach draußen gemacht habe. Ihr Mann sei vor ihr bange gewesen und habe immer vom Kriege geredet, sie anfangs nicht erkannt. Als sie ihn dann zu Bett gebracht, sei er bald eingeschlafen. Als sie ihn am andern Morgen gefragt habe, was los gewesen sei, habe er wenig mehr davon gewußt und nur geäußert, er sei dann wohl im Kriege gewesen. An dem Tage vor der Tat habe sich ihr Mann den ganzen Tag zu Hause aufgehalten, bei ihr in der Küche gesessen und meistens den Lautsprecher angehört. An dem Abend sei durch das Radio ein Theaterstück übertragen worden, und es sei ihr hinterher eingefallen, daß in dem Stück auch von einem Toten die Rede gewesen sei. Um $^1/_2$12 Uhr sei sie mit ihrem Manne zu Bett gegangen. Ihr Mann habe noch regelrecht mit ihr verkehrt, und dann sei sie hinterher eingeschlafen. Bald sei sie von ihrem Manne aber wieder aufgeweckt worden, und dieser habe an sie das Ansinnen gestellt, ihn zu einem unnatürlichen Geschlechtsverkehr zuzulassen. Sie habe sich aber geweigert und gesagt, er solle sie in Ruhe lassen, sie sei müde. Ihr Mann habe sich darauf noch im Bett hin- und hergewälzt und viel gestöhnt. Sie sei aber darüber bald wieder eingeschlafen. Nach kurzer Zeit sei sie wieder wach geworden und habe dann gehört, wie ihr Mann aufgestanden und hinausgegangen sei. Sie habe auf die Uhr geschaut und festgestellt, daß es $^1/_2$1 Uhr gewesen sei. Wann ihr Mann wieder ins Schlafzimmer zurückgekommen sei, wisse sie nicht, sie sei zwar wach geworden, habe aber nicht auf die Uhr geschaut. Ihr Mann habe dann noch gesagt, es seien Männer mit einem Sack auf dem Rücken vorbeigegangen. Besonderes sei ihr an ihrem Manne aber nicht aufgefallen, und sie habe bald weitergeschlafen. Morgens 6 Uhr habe ihr Mann sie geweckt, und nachdem sie aufgestanden, habe sie sich mit ihrem Manne bis 8 Uhr im Garten beschäftigt. Auch bei dieser Gelegenheit sei ihr an ihrem Manne nichts Besonderes aufgefallen. Als sie an der Leiche der Mutter gestanden, sei ihr Mann dabei gewesen. Er habe sie noch umarmt und zu beruhigen versucht. Ihr Mann sei ihr auch da nicht besonders aufgefallen, aber da sie gewußt, was für ein sonderbarer Mensch ihr Mann gewesen sei, daß er oft sehr erregt und nachts aufgestanden, sei ihr sogleich der Gedanke gekommen, ihr Mann könne wohl der Täter sein. Sie könne sich nicht erklären, warum ihr Mann der Mutter noch einen Bindfaden um den Hals getan habe, denn jeder habe sofort gesehen, daß die Frau sich nicht erhängt haben könne. Den Bindfaden müsse ihr Mann wohl in der Tasche gehabt haben, denn einige Tage vorher habe sie ihrem Manne gesagt, er solle die Blumen im Garten aufbinden. Ihre Mutter habe sich ganz gut mit ihrem Manne gestanden. Sie glaube nicht, daß ihre verstorbene Mutter ihrem Manne Vorstellungen ge-

macht habe wegen seines rücksichtslosen Geschlechtsverkehrs, aber es sei möglich, daß ihr Mann solche Vermutungen gehabt habe, besonders da er immer in den letzten Jahren etwas mißtrauisch gewesen sei. Sie habe ihren Mann in den letzten Jahren zeitweilig wohl für krank gehalten, für rheumatisch oder nervös infolge des Krieges, aber nicht für geisteskrank, und habe ihm deshalb auch immer wieder verziehen. Sie würde ja auch sonst das Leben bei ihrem Manne wirklich nicht ausgehalten haben.

P. ist hiernach ein 42jähriger Mensch, der erblich nicht belastet, konstitutionell nicht auffällig gewesen ist, bis vor einigen Jahren ein vollwertiger, moralisch einwandfreier, gutmütiger, geistig regsamer Mensch war, ein ordentlicher Gatte und Vater. Vor einigen Jahren hat dieser Mann eine Enzephalitis durchgemacht. Die Zeit der akuten Erkrankung ließ sich nicht genau bestimmen, höchstwahrscheinlich muß die langdauernde »Lungenentzündung« 1927 nachträglich als Enzephalitis gewertet werden, und anschließend an diese Erkrankung hat sich bei P. ein chronisch krankhafter Zustand herausgebildet mit körperlichen Zeichen eines Parkinson und hochgradigen Charakterveränderungen.

P. ist intellektuell nicht wesentlich geschädigt, konnte sich aber seit seiner damaligen Erkrankung in seinem Sexualleben weniger beherrschen, wurde geschlechtlich anspruchsvoller und auch pervers, zeigte sich zunehmend empfindlicher, reiz- und erregbarer, benahm sich brutaler und rücksichtsloser gegen seine Umgebung, bekam oft ganz motivlos oder auf verhältnismäßig geringe kleine Reize hin Wutanfälle und beging impulsiv schwere Gewalttätigkeiten. P. selbst empfand das alles nicht als krankhaft. Auch kein Mensch in seiner Umgebung ist auf den Gedanken gekommen, diese psychopathische Wesensänderung könne vielleicht die Folge einer schweren Gehirnerkrankung sein. Der Frau ist die Änderung im Charakter ihres Mannes aufgefallen, sie hat aber eine Erklärung dafür nicht gefunden, vielmehr alles Auffällige bei ihrem Manne als Kriegsfolgen und durch rheumatische Beschwerden bedingt gedeutet und sich als Ehefrau so gut es ging mit diesem schwierigen Ehepartner abgefunden. Die anderen Familienangehörigen haben den Eindruck gehabt, P. sei ein unzufriedener, überreizter Rheumatiker, ein minderwertiger und zu Unsittlichkeiten neigender Mensch geworden, haben darin nichts Krankhaftes gefunden, den Mann vielmehr mit Verachtung gestraft und sind ihm soweit wie möglich aus dem Wege gegangen.

Der Folgezustand einer chronischen Enzephalitis mit tiefgehenden psychischen Störungen war bei P. nicht mehr zu verkennen. Was Ärzte schon vor 1931 bei P. vermutet haben, konnte jetzt einwandfrei bestätigt werden. Abgesehen von den Zeichen einer allgemeinen Myostase fiel bei dem Kranken der Mangel an Spontaneität auf, eine Verlangsamung und Hemmung in seiner ganzen Seelentätigkeit, die wohl als »bradyphren« bezeichnet werden muß, im Gegensatz dazu aber auch wieder eine Neigung zur Impulsivität, zu Kurzschlußhandlungen, die als »hyperphren« gewertet werden könnte.

Daß dieser kranke Mensch für seine schwere Tat nicht verantwortlich gemacht werden kann, ist wohl nicht mehr zu bezweifeln. Wenn man auch nicht jeden Enzephalitiker, der eine strafbare Handlung begangen hat, als unzurechnungsfähig bezeichnen darf, es kommt in jedem Falle auf die

Tat selbst an und auf den psychopathologischen Zusammenhang der Tat mit den durch die Enzephalitis hervorgerufenen krankhaften Veränderungen des Täters, so können wir doch hier unbestritten behaupten, daß die schwere Erkrankung an chronischer Enzephalitis bei P. ganz allein den Boden abgegeben hat, auf dem diese Tat erwachsen.

Dem P. vor 1926/27, dem gutmütigen, anständigen Menschen von damals, hätte niemand eine solche Tat zugetraut, anders aber einem P. aus den letzten Jahren. An diesen dachten die eigenen Verwandten als Täter sofort, als der Mord geschehen war. Es fehlt in diesem Falle jedes vernünftige Motiv für die Tat. P. hatte in der fraglichen Zeit ernstliche Differenzen mit seiner Schwiegermutter nicht gehabt, hat sich mit seiner Schwiegermutter gut verstanden, wenn diese ihm im Stillen vielleicht auch sein rücksichtsloses Benehmen gegen seine Familie verdacht hat, und wenn bei P. in der fraglichen Nacht vielleicht auch der Verdacht hat auftauchen können, seine Frau werde von der Schwiegermutter bezüglich des ehelichen Verkehrs nicht gut beeinflußt, so war dies doch noch kein Grund, so plötzlich gegen seine Schwiegermutter gewalttätig zu werden und diese so sehr wenig überlegt umzubringen. Die Tat ist eine reine Triebhandlung gewesen, nur der krankhafte Ausfluß eines bei P. plötzlich zum Ausbruch gekommenen und in der Hirnerkrankung allein begründeten Zwangs- und Drangzustandes. Durch krankhafte Veränderungen, die allein charakteristisch für chronische Enzephalitis wurde der P. plötzlich zu einer solchen Tat gezwungen und gedrängt.

P., dem infolge seiner Krankheit geschlechtliche Triebstörungen, eine gesteigerte Affekterregbarkeit und Neigung zu impulsiven Gewalttätigkeiten eigentümlich waren, befand sich sicher auch in der fraglichen Nacht wieder in einer geschlechtlichen Spannung. Er versuchte durch den einmaligen natürlichen Verkehr mit seiner Frau aus diesem beunruhigenden Zustand herauszukommen, was ihm aber bei seiner krankhaften Veranlagung wohl nicht gelungen ist, denn schon sehr bald, nachdem er mit seiner Frau verkehrt hatte, verlangte er von dieser, sie solle ihn zu einer unnatürlichen geschlechtlichen (Cunnilingus) Befriedigung zulassen. Die Frau lehnte das ab, angeblich weil sie zu ermüdet war. Die Folge war bei ihrem Manne eine stärkere seelische Verstimmung und innere Unruhe, denn Frau P. hörte hinterher, wie ihr Mann stöhnte und sich im Bett herumwälzte. Es ist möglich, daß dem P., der vielleicht die Weigerung der Frau falsch gedeutet, jetzt plötzlich der Gedanke gekommen ist, hinter der Weigerung seiner Frau stecke seine Schwiegermutter, und dieser Gedanke bei diesem mißtrauischen Menschen allein genügt hat, ihn zu veranlassen aufzustehen und impulsiv, sinnlos und brutal gegen seine Schwiegermutter vorzugehen. Vielleicht ist P. auch, beherrscht von einer inneren Unruhe, aufgestanden, um seinen Durst zu löschen und sich dadurch zu beruhigen. Das Wasser stand vor der Tür, die zur Wohnung seiner Schwiegermutter führte, und als er dann bei dieser Gelegenheit diese Tür sah, ist eine Haßeinstellung gegen seine Schwiegermutter plötzlich lawinenhaft über ihn gekommen, er ist in einen schweren Verwirrtheitszustand geraten. Hemmungen und Gegenvorstellungen, die sich bei einem normal funktionierenden Gehirn sofort bemerkbar gemacht hätten, sind bei diesem hirnkranken Menschen höchstwahrscheinlich gar nicht mehr aufgetreten, und es kam zu einer furchtbaren Entladung des krankhaft veränderten Affektlebens.

P. wollte sich an die Einzelheiten der Tat nicht mehr erinnern, wollte sich auch sonst, wenn er Wutanfälle bekam, hinterher an Einzelheiten nicht mehr entsinnen können. Bei solchen hochgradig krankhaften Trieb- und Willensstörungen auf dem Boden einer schweren Gehirnerkrankung, deren hirnpathologische Vorgänge wir noch sehr wenig kennen, kann es sicher zu stärkerer Bewußtseinseinengung kommen und die Erinnerung hinterher höchst lückenhaft und ungenau sein. Ein Vergleich mit den amnestischen Störungen bei Epileptikern liegt hier sehr nahe. Während seines Aufenthaltes in der Anstalt hatte man bei P. niemals den Eindruck, als ob er bewußt die Unwahrheit sage, P. war niemals in Widersprüche zu verwickeln, er ließ sich auch nicht im geringsten beirren, als man ihm die Aussagen vorhielt, die er seinen Mitgefangenen gegenüber getan haben sollte. Er blieb dabei, die Mitgefangenen hätten ihm tagelang sehr viel von seiner Tat vorgeredet, ihn selbst über die Einzelheiten der Tat befragt und ihm eine Darstellung gegeben, wie sich die kriminelle Handlung wohl abgespielt haben könne, er habe schließlich selbst nicht mehr gewußt, was Wahres und Unwahres an dieser Darstellung gewesen sei. Das ist gut möglich. Wir erleben es häufig, daß das wirklich Erinnerte hinterher durch Deutungen von anderer Seite ergänzt wird, ohne daß es dem betreffenden Menschen wirklich bewußt geworden ist und ohne daß wir an absichtlich falsche Aussagen bei diesen Menschen denken müssen (*Stertz*). P. machte bis zuletzt über seine Tat immer ganz bestimmte Angaben, die er schon bei seiner zweiten polizeilichen Vernehmung gemacht hatte. Auffallend war dabei, daß er niemals das richtige Empfinden für die Schwere seiner Handlung und die Folgen seiner Tat aufbrachte. P. sagte, er wisse nicht, ob er die Tat begangen habe, er müsse es aber nach den Aussagen seiner Frau wohl annehmen. Er könne sich nur noch erinnern, daß er in der fraglichen Nacht aufgestanden, die Hose angezogen und eine Treppe tiefer in die Wohnung der Schwiegermutter gegangen sei, um Wasser zu trinken. Er könne sich wohl noch etwas darauf besinnen, daß er in dem Zimmer gewesen, daß dem Schlafzimmer seiner Schwiegermutter vorgelagert gewesen. Er glaube, daß er da auch noch aus dem Fenster geschaut und Menschen mit Säcken auf dem Rücken habe vorübergehen sehen. Von diesen Menschen mit Säcken hat er auch sogleich nach der Tat seiner Frau erzählt. Ob es sich vielleicht um wahnhafte Vorstellungen gehandelt hat? möglich wäre es schon.

Das Krankheitsbild, das P. bot, war für einen Folgezustand nach Enzephalitis zu charakteristisch. Der erste vom Gericht vernommene Gutachter glaubte trotzdem, P. habe simuliert, er habe bewußt falsche Angaben gemacht. Es ist möglich, daß sich P. vorübergehend von der Ansicht hat leiten lassen, er müsse übertreiben, sich krank stellen, weil er geglaubt hat, wenn er übertreibe, den Arzt täusche, komme er billiger dabei weg. P. hielt sich ja damals nicht für geisteskrank, konnte aber der Ansicht sein, daß man ihn für seine Tat nicht schwer bestrafen könne, weil er es ja selbst nicht wisse, wie er zu dieser Straftat gekommen. Dem Gutachter sind auch »psychogen bedingte, hysterische« Symptome bei P. aufgefallen, und er hat sich dann verleiten lassen, das ganze Krankheitsbild bei P. falsch zu deuten mit der Schlußfolgerung, P. sei ein hysterischer Psychopath, der für seine Tat verantwortlich zu machen sei. Der Gutachter schließt eine organische Erkrankung bei P. deshalb aus, weil die nervösen Störungen bei ihm unecht seien. Jeder aber, der mit Enzephalitikern heute öfter zu tun hat,

wird zugeben müssen, daß bei fast allen Fällen von chronischer Enzephalitis vereinzelte psychogen oder hysterisch anmutende Symptome auffallen, die häufig sogar direkt suggestiver Beeinflussung zugänglich sind, aber über die Schwere einer organisch bedingten Hirnerkrankung nicht hinwegtäuschen dürfen. Die außerordentliche geschlechtliche Erregbarkeit, die sehr wenig motivierten Wutanfälle und Kurzschlußhandlungen, bei denen es außergewöhnlich schnell zu starken Affektäußerungen kam, die aber ebenso schnell wieder abklangen, die neurologischen Symptome, die der Gutachter als unecht und nicht beweisend für eine Hirnerkrankung angesehen hat, weil sie in einer Körperhälfte deutlicher waren als in der anderen, mögen im ganzen vielleicht gelegentlich einen etwas psychogenen Anstrich gehabt haben, waren aber sicher nur durch eine Gehirnerkrankung bedingt. Auffallen mußte dem Gutachter, daß P. sich nach der Tat in seinem Wesen durchaus nicht geändert hatte. Man konnte niemals bei P. den Eindruck gewinnen, daß ihm die Tat natürlich nahe gehe. Man durfte nicht die eigentümlichen Zustände, die P. im vorigen Jahre schon zu Hause dargeboten, z. B. als er eines Morgens in das Schlafzimmer seiner Schwägerin eindringen wollte, wie er am Fenster stehend wirr gesprochen und ein ängstliche Wesen zeigte, als Theater und gemacht bezeichnen und beweisend für eine hysterische Veranlagung. Somnambule Zustände, Verwirrtheitszustände mit Angst und Sinnestäuschungen kommen auch bei solchen Enzephalitikern vor. Als P. in das Schlafzimmer seiner Schwägerin eindringen wollte, hat er jede Vorsicht außer acht gelassen. Mörgens, als das ganze Haus schon auf den Beinen war, seine Frau in nächster Nähe, hat er versucht seine Schwägerin zu überfallen. Es ist wenig wahrscheinlich, daß sich ein »hysterischer Psychopath« so verhalten haben würde. Daß bei solchen Verwirrtheitszuständen, falls sie auf Enzephalitis beruhen, hinterher die Erinnerung fehlen kann, ist möglich, und es ist sicher gewagt, das mit »hysterischer Verlogenheit« abzutun.

In den letzten Wochen, seitdem das Verfahren gegen P. eingestellt und dieser in einer Heilanstalt interniert wurde, hat sich dessen Zustand nicht im geringsten geändert.

Kleinere Mitteilungen.

Friedrich v. Rohden: Einführung in die kriminalbiologische Methodenlehre. (Handb. d. biol. Arb.meth., hrsg. v. Abderhalden, Abt. 4, Tl. 12, 1.) Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg; 254 S., 14,— M. 1933.

v. Rhodens Buch ist die erste, wirklich brauchbare, weil umfassende und dabei doch kurze und übersichtliche Zusammenstellung kriminalbiologischer Arbeitsmethoden! Wenngleich die Kriminalbiologie heute noch nicht imstande sei, aus dem Ergebnis körperlicher und geistiger Untersuchung eines Menschen frühere oder zukünftige Kriminalität zu erkennen, wenngleich sie sich noch im Kampf mit den Fehlerquellen befinde, müsse doch endlich der Versuch gemacht werden, durch systematische Anwendung aller zur Verfügung stehenden Erkenntnismittel zu einer allseitig fundierten Wissenschaft von der kriminellen Persönlichkeit zu kommen. Zu untersuchen seien grundsätzlich alle Gefangenen. Die Leitung der kriminalbiologischen Praxis müsse in den Händen eines Psychiaters liegen. Aber: »Lieber gar keine Kriminalbiologie, als ein oberflächliches Experimentieren mit unzureichenden Mitteln an Zeit und Geld.« Eingehend werden besprochen: Methoden der kriminalbiologischen Ursachenforschung (Anlage- und Umweltfaktoren und ihre gegenseitige Abgrenzung, Zwillingsforschung), der kriminalbiologischen Längsschnittsanalyse (Anamnese), der Querschnittsanalyse (Somatologie, Ausdruckslehre, Psychologie und Psychopathologie), der Typologie, der Prognose, der Katamnese, und zum Schluß Methoden der angewandten Kriminalbiologie (Fragebogenmethode, kriminalbiologisches Gutachten). Die Arbeit gehört in die Hand eines jeden, der sich mit der Erforschung des Verbrechens und der verbrecherischen Persönlichkeit befaßt oder berufsmäßig zu befassen hat, insbesondere in die Hand des Strafanstaltsarztes. *Küffner.*

K. Birnbaum: Kriminalpsychologie und psychobiologische Verbrecherkunde. 2. wes. erw. u. verb. Aufl. Berlin, J. Springer, 304 S., 16,50 (18,80) M. 1931.

Birnbaum hat seine Kriminalpsychopathologie in zweiter Auflage herausgegeben. Was er der ersten vorausschickt, besteht noch heute zu Recht: Kein psychiatrisch-forensisches Werk im üblichen Sinne, sondern Feststellung und Herausarbeitung grundlegender Sachverhalte, grundsätzlicher Zusammenhänge und sich daraus ergebender Gesichtspunkte und Fragestellungen, in gedrängter, prägnanter Form. Die neue Auflage ist wesentlich erweitert und verbessert. »Grundsätzlich wurde versucht, vom Pathologischen her an die allgemeine Verbrecherkunde heranzukommen und daher allenthalben die Kriminalpsychopathologie soweit fortzuführen, bis der Übergang,

der Brückenschlag zur normalen Sphäre vollzogen war.« Das Buch ist so reichhaltig, daß nur die Hauptabschnitte genannt werden können: Der I. Teil behandelt die Kriminalpsychologie im engeren Sinne, ihre allgemeinen Grundlagen und Grundphänomene, die psychopathologischen Erscheinungen als Objekte der Kriminologie (Symptomgebilde, Krankheitstypen, Milieuwirkung) und die kriminellen Erscheinungen als Objekte der Psychopathologie (Verbrechens- und Verbrechertypen, Jugendliche, Verwahrloste, weibl. Kriminelle). Der II. Teil befaßt sich mit dem naturwissenschaftlichen Verbrecherproblem, der Kriminalanthropologie und der Psychobiologie des Verbrechens. Im III. Teil werden die wichtigsten Fragen der Pönalpsychopathologie (Haft, Simulation, Strafbehandlung), im IV. Teil solche der kriminalforensischen Psychopathologie (strafgesetzliche Normen und kriminalforensisch-psychiatrische Begutachtung) erörtert. *Küffner.*

Bernhard Dattner: Moderne Therapie der Neurosyphilis mit Einschluß der Punktionstechnik und Liquoruntersuchung. Wilh. Maudrich, Wien, 1933. 334 S. mit zahlreichen Abbildungen, Tabellen, Kurven und mehrfarbigen Tafeln.

Das Buch gibt eine vortreffliche Übersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden der Neurosyphilis. In erster Linie wird die Behandlung mit Infektionskrankheiten (Malaria, Rekurrens, Sodoku) besprochen; aber auch die übrigen Methoden (avirulente Keime oder deren Abkömmlinge, unspezifisch chemische Substanzen, die neuen spezifischen Mittel, physikalisch-chemische Methoden, die Höhensonnenbestrahlung und Eigenblutinjektionen) kommen zu ihrem Recht. Nach der Besprechung der Methoden werden ihre Anwendung und ihre Ergebnisse bei den einzelnen Erkrankungen (Paralyse, Tabes, Taboparalyse, Lues cerebrospinalis und liquorpositiver Lues) eingehend behandelt.

Da das Buch nicht nur dem Facharzt, sondern auch dem Allgemeinpraktiker dienen soll, hat der Verfasser diesen beiden Hauptabschnitten einige andere vorangestellt, in denen die Technik der Liquorentnahme und der Liquoruntersuchung, die Bedeutung der Liquorveränderungen und die Liquorsyndrome gewürdigt werden. *Langelüddeke* (Hamburg).

Fenichel: 1. Hysterien und Zwangsneurosen. (Geh. 7,— RM., Ganzleinen 9,— RM.). 2. Perversionen, Psychosen und Charakterstörungen. (Geh. 8,— RM., Ganzl. 10,— RM.) Intern. Psychoanal. Verlag Wien I. 1931.

Dem Psychoanalytiker werden diese Bücher mit ihrer guten Darstellung gewiß willkommen sein. Die Sprache ist klar, die Technik den geltenden Gesichtspunkten der jüngeren Analyse entsprechend dargestellt, Gesichtspunkte, an deren Schöpfung *Fenichel* beteiligt ist. Dem Fernerstehenden, dem der Glaube an die Dogmen der Analyse fehlt, wird nicht alles einleuchten. Die Behauptungen, die abgeleitet werden, können richtig sein, müssen es aber keineswegs, da das Beweismaterial logisch nicht ausreicht und nach dem Brauche der Analyse Thesis ohne Antithesis gesetzt wird. Einfälle sind weder logische noch naturwissenschaftliche Beweisführung. So darf man die Behauptungen mit Vorsicht, die Kasuistik dagegen mit großem Gewinn lesen. *Adolf Friedemann* (Berlin).

Personalia.

Nekrolog *K. Ackermann:* Vier Jahre sind verstrichen, als mit seinem Übertritt in den Ruhestand Geheimrat Dr. *Kurt Ackermann* die Landesanstalt Großschweidnitz verließ und nach Dresden übersiedelte. Ein Leben ersprießlicher ärztlicher Tätigkeit lag damals hinter ihm. Von der Landesanstalt Sonnenstein kommend, an der er längere Zeit, zuletzt als stellvertretender Anstaltsdirektor, tätig gewesen war, hatte er im Jahre 1930 die Direktion von Großschweidnitz übernommen und die Anstalt bis zum 1. 7. 29, dem Tage seines Übertritts in den Ruhestand, geleitet. Daß diese landschaftlich so schöne und in ihrer Anlage und Bauart neuzeitliche Anstalt durch Dr. *Ackermann* weitgehend gefördert worden ist, soll nicht unerwähnt bleiben. Die Kriegszeit stellte gerade an die Anstalt Großschweidnitz und damit auch an die Persönlichkeit Dr. *Ackermanns* erhebliche Anforderungen. Als gleich zu Beginn des Krieges die Russen deutsches Gebiet betraten und weiten Strecken des deutschen Ostens ein gleiches Schicksal bevorstand, hat Dr. *Ackermann* großzügig und umsichtig Geisteskranken aus den im Osten Deutschlands gelegenen Anstalten Aufnahme ermöglicht, bis die Gefahr vorüber war. Stets hat Dr. *Ackermann* der Beschäftigungstherapie weitgehendes Interesse entgegen gebracht und er hat diese schon zu einer Zeit, wo man auf diese Art der Beschäftigung und Anleitung von Geisteskranken noch nicht in solchem Ausmaße und in solcher Vielseitigkeit wie jetzt Wert legte, zu fördern verstanden. Ganz besonders am Herzen aber lag ihm der Hilfsverein für Geisteskranke. Hatte er hierfür während seiner ärztlichen Tätigkeit auf dem Sonnenstein schon das Fundament mit herstellen helfen, so war es ihm in Großschweidnitz vergönnt, tätigen Anteil am Ausbau dieser charitativen Einrichtung zu nehmen. Seine Verdienste fanden in seiner Ernennung zum Vorsitzenden des Hilfsvereins Anerkennung. Sein gutes Herz für das Wohl der ihm anvertrauten Kranken war allgemein bekannt. Soweit es in seinen Kräften stand, soweit es die Mittel des Hilfsvereins gestatteten, war er stets bestrebt, das traurige Los dieser Kranken zu erleichtern, insbesondere den zur Entlassung gekommenen hilfreich beizustehen. Wie viele dieser Entlassenen führte schon aus dem Gefühl der Dankbarkeit heraus der Weg vorübergehend nach Großschweidnitz und zu ihm. In den Kriegsjahren mit der Vertretung des Bezirksarztes von Zittau betraut, bot sich ihm dort besondere Gelegenheit, Einblick in die sozialen Verhältnisse dieser Stadt zu nehmen und in engere Fühlung mit den Angehörigen unserer im Zittauer Bezirk zuständigen, entlassenen Kranken zu treten. In Zittau schuf er die Einrichtung einer Beratungsstelle im Sinne nachgehender ärztlicher Fürsorge. Uneigennützig und jederzeit hilfsbereit hielt er dort regelmäßig die Beratungsstunden selbst ab. Leider ist es Dr. *Ackermann* nicht so, wie man es für ihn nach seiner langjährigen Tätigkeit als Anstaltspsychiater und ärztlicher Direktor wünschte, vergönnt gewesen, seinen Ruhestand zu genießen. Im Frühjahr 1932 erkrankte er schwer, und alle, die ihm näher standen, waren schon damals erfüllt von schwerer Besorgnis. Am 6. 1. 33 erlöste ihn der Tod von bitterem und schwerem Siechtum. Dr. *Langer* (Großschweidnitz).

Nekrolog: Dr. jur. et phil. *Stephan Kekule von Stradonitz.* Der Verstorbene, einer altböhmischen Adelsfamile entstammend, geb. am 1. Mai 1863 in Gent als Sohn des berühmten Chemikers Professor Dr. Friedrich August

K. v. Str. (später an der Universität in Bonn), wurde zuerst bekannt als Rechtsberater des Fürsten zu Schaumburg-Lippe im Lippeschen Erbfolgestreit und durch mehrere anerkannte Schriften über Fürstenrecht und staatsrechtliche Stellung einiger Adelsgeschlechter. Seit 1905 lebte er in Berlin als Privatgelehrter und Schriftsteller seiner Lebensaufgabe, der wissenschaftlichen Genealogie einschließlich Heraldik und Ordenswesen.

Von reichen Geschichtskenntnissen und eigenen gewissenhaften Untersuchungen getragen, hatte *K. v. Str.* früh erkannt, wie wichtig ein Hand-in-Hand-gehen der genealogischen Forschung mit der Vererbungswissenschaft sei, wie stark befruchtend beide aufeinander einzuwirken berufen seien. Diesen Standpunkt brachte er nicht nur in seinen Veröffentlichungen, sondern auch in ausgedehnter Lehrtätigkeit in Kursen und öffentlichen Vorträgen zur Geltung. So übte er eine erfolgreiche allgemeine Aufklärungsarbeit zugunsten der genealogischen Forschung aus. Ein Standardwerk ist sein »Ahnentafelatlas — Ahnentafeln zu 32 Ahnen der Regenten Europas« — 1898. Zahllos sind seine kleineren und größeren Aufsätze, die alle wichtige Einzeluntersuchungen über Personen oder Geschlechter bringen. Eine Studie lautet: »Goethe als Genealoge«. Zum nicht geringen Teil betreffen seine Arbeiten aber auch die Ausbildung der praktischen genealogischen Tätigkeit, der genealogischen Untersuchungsmethoden, wobei der Verfasser jeweils zweckmäßige und später allgemein eingeführte technische und organisatorische Neuerungen vorbereitete.

Bereits zu Ende des vorigen und zu Anfang unseres Jahrhunderts kamen seine Ansichten und Forderungen über die Wege und die Ausgestaltung der wissenschaftlichen Genealogie klar zum Ausdruck. Auch die medizinische Welt ist dem Gelehrten zu lebhaftem Danke dafür verbunden, daß er in seinen genealogischen Untersuchungen dem Vererbungsproblem beim Menschen energisch nachgegangen ist. Zu einer Zeit, als darüber von den Fachgenossen selbst noch wenig gearbeitet wurde, setzt sein Wirken in dieser Richtung ein. Unter den Psychiatern ist *K. v. St.* hauptsächlich bekannt geworden durch seine Vorlesungen beim »Kursus für Familienforschung und Vererbungslehre« in Gießen — 1908. Schon 1900 hatte er verlangt, daß jeder Psychiater genealogische Kenntnisse haben müsse. Er war zur Erkenntnis gekommen, daß auf dem Erbwege nichts vom Ahnenerbe verloren gehe, zwar zeitweise überdeckt werde, aber unter bestimmten Umständen selbst nach mehreren Generationen wieder zum Vorschein komme — »Ziele und Aufgaben der wissenschaftlichen Genealogie« 1905. Durch Zusammentreffen gleichartiger Erbmassen werde die Intensität der Vererbung in der Nachkommenschaft gesteigert sowohl bei guten und gesunden wie bei ungünstigen und krankhaften Anlagen (1907). »Wie die körperlichen so müssen auch die geistigen Eigenschaften verfolgt werden. Auch die weiblichen Ahnen müssen erfaßt, alle Geschwister aufgenommen werden. Nicht auf die Stammbäume, sondern auf die Ahnentafeln kommt es an (1902). Die wissenschaftliche Genealogie kann zu wichtigen Resultaten führen, wenn in ihr Geschichtsforschung und Naturwissenschaften sich die Hand reichen (1910).« Auch die Aufartung der Geschlechter durch günstige Kombinationen z. B. von körperlicher Gesundheit mit geistigem Hochstand (Bismarck als Beispiel) war ihm geläufig (1908). »Die Ständemischung ist für die Hervorbringung begabter Nachkommenschaft günstig. Die Sippenkunde beansprucht

den Rang einer selbständigen Wissenschaft zwischen Geschichts- und Naturwissenschaft und ist eine wichtige Hilfe für die Erblehre.« Er setzt sich für die Anerkennung und Anwendung der *Mendel*schen Erbgesetze auch in der genealogischen Forschung ein. Schon im Jahre 1903 verlangt *K. v. St.* an den Hochschulen genealogische Professuren und ebenso die Gründung genealogischer Reichsinstitute zur Lösung der Rätsel der Vererbung. Anläßlich der Gründung des Vererbungsinstituts für Tiere und Pflanzen im Jahre 1914 frägt er mit Recht: »Wo bleibt die Vererbungsforschung mit Bezug auf den Menschen?« und fordert ein Forschungsinstitut für die menschliche Vererbungswissenschaft. Erst im Jahre 1927 sollte dieser Wunsch seine Erfüllung in der Eröffnung des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin-Dahlem finden, freudig begrüßt von unserem Gelehrten.

Inzwischen stellte *K. v. St.* selbst gründliche Einzeluntersuchungen, immer mit Hinweis auf vererbungswissenschaftliche Tatsachen, an, z. B. über die Ahnenschaft der Hohenzollern, insbesondere Kaiser Wilhelms II. (Abstammung vom Admiral Coligny, vom Cid, von Karl dem Großen usw.). Eine große Arbeit mit wichtigen neuen Tatsachen und Vorschlägen handelt: »Über die Untersuchung von Vererbungsfragen und die Degeneration der spanischen Habsburger« (Archiv für Psychiatrie, Bd. 35, 1902). Der Abstammung des Fürsten Bismarck und anderer großer Deutschen (z. B. der Fugger, der Musikerfamilie Bach, Richard Wagners, Werner von Siemens' usw.) gelten weitere Arbeiten; andere behandeln die Stammesfolge im Kaiserhause Rußlands (Einschlag sarmatischen Blutes), den Hohenstaufer Kaiser Friedrich II., die Ägypterkönige Ekhinaton und Tut-ankh-amon.

Alles in allem genommen, gewiß eine reiche Ausbeute eines der Wissenschaft geweihten Lebens! Bis zuletzt kannte der Gelehrte, der noch rüstig seinen 70. Geburtstag beging, keine Rast und Ruhe. Lebhaften Geistes ging er immer neuen interessanten Problemen nach und verfolgte sie mit jugendlichem Feuereifer und dem ihm eigenen genealogischen Spürsinn, der ihn im Bunde mit staunenswerter Kombinationsgabe von scharfsinnigen Einzelbeobachtungen und Details aus zur Synthese und zum schlüssigen Beweis führte. Alle diese Arbeiten hat nun der unerbittliche, am 5. Mai 1933 eingetretene Tod, unterbrochen. Im ehrenden Gedächtnis wird aber *Stephan Kekule von Stradonitz* fortleben als einer der aktivsten Forscher und fruchtbarsten Anreger auf seinem Fachgebiete der gesamten wissenschaftlichen Genealogie wie nicht minder als edle und gewinnende menschliche Persönlichkeit. *Max Fischer.*

Gestorben: Nervenarzt Sanitätsrat Dr. *Winkler*-Berlin-Friedrichshagen.

Ernannt: Professor Dr. *Hermann Hoffmann*-Tübingen zum Professor für Psychiatrie an der Universität Gießen und
leitender Arzt der Bethel'schen Anstalten Dr. *Carl Schneider* zum Professor für Psychiatrie in Heidelberg,
Professor Dr. *Rüdin*-München zum Senator,
Obermedizinalrat Dr. *Kell*-Großschweidnitz zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch,
Professor Dr. *F. Lenz*-München zum Professor für Rassenhygiene an der Universität Berlin und Professor Dr. *Bruetsch*-Indianopolis U.S.A. zum Mitglied des Forschungsausschusses der American Psychiatric Asossiation.

Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Kleinere Mitteilungen.

Personalia.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

OFFIZIELLES ORGAN DES
DEUTSCHEN VEREINS FÜR PSYCHIATRIE

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDERSTER BAND
SIEBTES U. ACHTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 10. MÄRZ 1934



BERLIN UND LEIPZIG 1934

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

7./8. Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.

Personalia.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schubertstr. 41, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, und auf rechtzeitig eingehendes Verlangen den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke ihres Vortrags kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

Die Zwiespältigkeiten in der psychiatrischen Unfallbegutachtung (Rückblick und Ausblick).

Von

Prof. **Wilhelm Strohmayer**, Jena.

Es liegt mir fern, die folgenden Ausführungen als einen Lösungsversuch eines »Problems der Gegenwartsmedizin«, wenn ich einen Ausdruck von *Riese*[1]) gebrauchen darf, zu betrachten. Es handelt sich, wie ich besonders betone, nur um eine persönliche, das Kollektivgewissen unserer psychiatrischen Klinik in keiner Weise belastende Stellungnahme dazu und zugleich um eine mir immer von neuem notwendig erscheinende Überprüfung gewisser wegen ihrer tagtäglichen Benützung fast handwerklich gewordener Maßstäbe in der Gutachterpraxis. Nicht ohne Bedenken betritt man dabei das heikle Gebiet der »Unfallneurose«. Man freut sich heute dort eines gewonnenen Erkenntnisstandpunktes, so daß es mißliebig als rückschrittlich oder zum mindesten als überflüssig empfunden wird, wenn man dagegen Zweifel erhebt. Aber in dem weiten Feld, das sich etwa zwischen *Reichardt-Stier* und *Riese* absteckt, ist in den letzten Jahren manches sich Widersprechende laut geworden, manches auch, das sich der gangbaren Anschauung nicht einfügen will und dessen besinnliche Gegenüberstellung sich darum lohnt. Es ist dabei Altes und Neues zu betrachten und der Hinweis auf Bekanntes ist unvermeidlich[2]). Die neueste und ausführlichste Darstellung findet sich in der vor kurzem erschienenen Arbeit von *Reichardt*[3]), auf die ich wegen der grundsätzlichen Erörterung der Frage der psychogenen Reaktion verweise. Ich habe, nachdem die vorliegende Betrachtung in ihren Grundzügen längst

---

1) *Riese, W.*, Die Unfallneurose als Problem der Gegenwartsmedizin, Leipzig und Zürich, 1929.

2) Vergleiche dazu, sowie überhaupt zur »Geschichte der Unfallneurose«: *Klieneberger*, Handbuch der ges. Unfallheilkunde, Bd. 1, S. 414ff., Stuttgart, F. Enke 1932, herausgeg. v. *König* u. *Magnus*.

3) Arch. f. Psych., Band 98, S. 1ff. (im Text mit A zitiert).

abgeschlossen war, da und dort darauf Bezug genommen, ohne Veranlassung zu finden, die Gesamthaltung zu ändern.

Die Unfallbegutachtung, die der Kriegsbeschädigungen mit einbegriffen, kann sich für den Kliniker zu einem wahren Kreuz auswachsen. Das macht die Masse der Fälle jahraus jahrein und die in ihrem sozialen Enderfolg höchst unbefriedigende Beschäftigung mit einem eben deshalb nicht gerade erfreulichen Menschentyp. Wir hatten an der psychiatrischen Klinik, nachdem die Nachkriegshochflut abgeflaut war, jährlich immer noch hunderte von Gutachten zu erledigen, in denen der »Unfall« und die durch ihn bedingte Erwerbsminderung mit der Frage der Rentenentschädigung zur Diskussion stand. In den letzten beiden Jahren nahm die Zahl rapid ab und die maßgeblichen »exogenen« Gründe kennen wir ja alle. Manche Fälle kehrten mehrfach wieder und manche davon führten uns sogar noch in die Vorkriegszeit zurück. Man begrüßt dabei natürlich Gutachten in den Akten, die man vor langer Zeit selbst abgegeben hat oder früher an der Klinik tätige Kollegen, und es fällt einem auf, daß sich die Anschauungen gewandelt haben. Wir konnten das, was die alten Gutachten sagten, oft nicht mehr aufrecht erhalten. Wir staunen etwas betroffen, wie freigebig die Klinik früher in der Bemessung der Prozente gewesen ist, und können es kaum mehr verstehen, wie lange wir in vielen Fällen überhaupt Rente befürworteten. Aber noch größer ist unser Erstaunen, wenn irgendeine Versicherungsinstanz einen Fall ausgräbt, dem nachdem er 10, 20 oder gar 30 Jahre Rente bezogen hat und wirklich in Ehren und Rente grau geworden war, diese entzogen werden soll.

Auch wir benützten in der »guten alten Zeit« geläufige Etiketten, die wir den Fällen aufklebten. Wer einen Unfall erlitten hatte und danach sich durch eine Anzahl mehr oder minder glaubhafter nervöser Beschwerden erwerbsbeschränkt fühlte, litt an »traumatischer Neurose«. Man brachte diese zwar in eine nahe Nachbarschaft zur Neurasthenie und Hysterie; sie nahm aber doch eine zeitlang, namentlich durch die Autorität *Oppenheims* insofern eine gewisse Sonderstellung ein, als man mit dem Begriff organische Unterlagen (molekulare, schleichende Veränderungen im Zentralnervensystem u. ä.) verband. Man stellte sich so gewissermaßen fließende Übergänge von den traumatischen Hirnschädigungen zu den traumatischen Neurosen vor. Im übrigen haben wir das, was ausgesprochen hysterisch anmutete — Krampferscheinungen, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, isolierte Störungen hochdifferenzierter Funktionen, wie Abasie-Astasie, Aphonie usw. —, als traumatische Hysterie, die verschwommeneren Bilder mit Kopfschmerzen, den verschiedensten Topalgien, sekretorischen, vasomotorischen und vegetativen

Symptomen, Schlaflosigkeit, körperlicher und geistiger Überermüdbarkeit und einem reizbar-hypochondrischen Gesamthabitus als traumatische Neurasthenie bezeichnet. Es gab noch keine (für die heutige Auffassung befriedigende) begriffliche Scheidung, und das gutachtliche Endurteil mag manchmal mehr durch das Quantum der Klagen, als durch die Qualität der im Krankheitsbilde enthaltenen Symptome bestimmt gewesen sein. Sprach man gelegentlich von »Unfallneurose«, so meinte man etwas grundsätzlich anderes als heute, und nur ganz selten kam in der Bezeichnung »Rentenneurose« eine diagnostische Wertung bestimmter aufdringlicher Fälle zum Ausdruck, die der Simulation nahestanden. Eigentlich erst nach dem Krieg kam es zu einer Revision dieser Praxis, die eine Umschaffung der bisher gültigen Normen brachte. Man führte den Begriff der Reaktion ein. Gewisse Menschen — psychopathischer Prägung — sollten auf die Wirkungen eines Traumas und die damit verknüpften gemütlichen Erschütterungen, unklaren Wünsche und Strebungen »psychogen reagieren«, d. h. Krankheitssymptome darbieten, deren Ausmaß und Hartnäckigkeit, außer von der Konstitution, von einem mehr oder weniger großen Krankheitswillen des Verunfallten und von der Genesung widerstrebenden individuellen Interessen abhängig sein sollten. Das Beispiel dafür hatte uns der Krieg gezeigt: Die mannigfachen neurotischen Abwehrreaktionen vieler Kriegsteilnehmer gegen die weitere militärische Verwendung im Felde. Ein großer Teil der nachkrieglichen Begutachtungspraxis hatte den Zweck nachzuweisen, daß die früher als K.D.B. anerkannten, die Erwerbsfähigkeit mindernden neurotischen Symptome nicht mehr als K.D.B.-Folgen, sondern als Reaktionen auf die schweren sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Nachkriegszeit aufzufassen und demnach nicht mehr entschädigungspflichtig seien.

Wie stark die einschlägigen Fragen Ärzte und Juristen bewegten, davon legt die Aussprache Zeugnis ab, die im März 1929 bei einem Lehrgang für Versorgungsärzte im Reichsarbeitsministerium in Berlin stattfand. Darauf ist im Folgenden oft und detailliert Bezug genommen[4]). Bekanntlich sind damals an die Vortragenden hinsichtlich der Entschädigungspflicht nervöser Erscheinungen bei alten Fällen vier bestimmt formulierte Fragen gestellt worden. Wir haben, wie ich gleich vorwegnehmen will, diese in der Begutachtungspraxis fast durchweg verneinend beantwortet. Denn wir hielten es aus den oben angeführten Gründen auch für unstatthaft, noch von Entschädigungspflicht zu spre-

[4]) Die Unfall-(Kriegs-)Neurose. — Arbeit und Gesundheit, Heft 13, Reimar Hobbing, 1929, Berlin (im Folgenden der Einfachheit halber immer als »Lehrgang« zitiert).

chen, wenn sich 1. die nervösen Erscheinungen noch lange Jahre nach einer äußeren Einwirkung erstmalig geltend machten, oder 2. nach einem längeren Zeitraum des Verschwindens (gleich, ähnlich oder anders geartet) wieder auftraten, oder 3. sich nach jahrelangem Stillstand verschlimmerten oder 4. einmal entschädigt, noch nach vielen Jahren unverändert weiter bestanden. Aber schon auf der genannten Tagung hat sich herausgestellt, daß mit der Beantwortung dieser Fragen die Fragestellung der »Unfallneurose« nicht gelöst ist. Von den Kriegsneurosen abgesehen, taten sich bei der Diskussion wegen der Unfallbegutachtung im Rahmen der RVO. oder der Privatgesellschaften manche Meinungsverschiedenheiten auf. Obwohl zum Teil theoretischer Art, berührten sie doch stark das Grundsätzliche der Unfallneurose. Die Rechnung ging nicht glatt auf, sondern es blieb da und dort ein Rest, der in der Harmonie der Auffassung störte. Einen objektiven Grund dafür hat *v. Weizsäck*er[5]) aufgezeigt. Es stimmte nicht, daß man aus der Heilbarkeit der Kriegsneurosen die Ablehnung eines Rechtsanspruches folgerte und diese Folgerung im Sinne des notwendigen Rentenentzuges auch auf die Unfallneurosen übertrug, indem man die Grundverschiedenheit der äußeren sozialwirtschaftlichen Situation in beiden Fällen verkannte (l. c. S. 10). Die »Heimat«, in die sich der Kriegsbeschädigte damals »flüchtete«, war jetzt wegen der Wirtschaftslage keine Zuflucht mehr, sondern trostlos. Es fehlte überall sehr an Arbeit und Verdienst. Nicht die durch Rentenentzug geschaffene Not hat früher zur Gesundung geholfen, sondern die Möglichkeit ihrer Beseitigung durch Arbeitsverdienst. In der dem »Lehrgang« folgenden Aussprache hat *Weiler* noch einen anderen subjektiven Grund für die Dissonanz angegeben: »Jeder von uns beurteilt die Welt so, wie sie sich ihm infolge seiner persönlichen Eigenart, seines Fühlens und Denkens, seines Wissens und seiner Erfahrung darstellt, so daß sich eine volle Einmütigkeit in solchen Fragen gar nicht ergeben kann« (Lehrgang, S. 105). Wenn ich im Folgenden gewisse Zwiespalte ohne jede Voreingenommenheit oder Ressentimentbeschwerung aufzeige, so ist das natürlich nicht so zu verstehen, als ob die alltägliche Begutachtungsarbeit sie immer heraufbeschwören müßte. Glücklicherweise erledigt sich der Durchschnitt der Fälle, ohne daß wir uns genötigt sähen, jeweils die »letzten Dinge« zu erörtern.

Bei der allmählichen Umformung des Begriffes der sogenannten traumatischen Neurose haben viele namhafte Psychiater, Neurologen und Internisten mitgewirkt. Ich nenne nur die

---

[5]) *v. Weizsäcker,* Soziale Krankheit und soziale Gesundung, Berlin, J. Springer, 1930.

bekanntesten und aktivsten Fachgenossen: *Bonhoeffer*[6]) und seine Schüler, vor allem *Stier*[7]), nicht zu vergessen endlich *Reichardt*, der seit seiner grundlegenden »Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung« in der landläufigen Praxis für alle interessierten Versicherungsinstanzen als die oberste Begutachtungsstelle fungiert. Sein Verdienst, die verschiedenen Unfallprobleme systematisch durchdacht und bei praktischen und Fachärzten unklare, laxe und zum Teil mißbräuchliche Auffassungen (im Sinne der »Gefälligkeit«) bekämpft zu haben, ist unbestritten. Man hat ihm aber vorgehalten, daß er zu einem gerade wegen seiner Spitzenstellung bedenklichen, weil über das Ziel hinausschießenden Dogmatismus der »Ablehnung« gekommen sei, der in manchen Fällen der Theorie zuliebe den Tatsachen Gewalt antue. Kein geringerer als *Hoche* (Lehrgang, S. 62) hat ihm den Vorwurf gemacht, daß er »in manchen seiner nicht selten ohne persönliche Untersuchung nur auf Grund der Aktenkenntnis abgegebenen Gutachten von seiner vorgefaßten Meinung aus schematisierend an die Fälle herantritt und die tatsächliche Situation gründlichst verkennt«. Man läßt aber alles so ganz Persönliche am besten beiseite. Wichtiger erscheint mir ein anderes: Das ist die Lehre *Reichardt*s, die von den Unfallfolgen annimmt, daß sie in der von ihm normierten Zeit »abgeklungen« sein müßten. »Die Unfallfolgen sind, namentlich soweit sie erwerbsbeschränkend wirken, erfahrungsgemäß längstens 13 Wochen nach dem Unfall oder zusammen mit dem Abheilen der chirurgischen Unfallfolgen verschwunden. Es gibt keine Schreckneurose von längerer als höchstens $^1/_4$-jähriger Dauer[8]).«

Im dritten der Leitsätze seines vor dem R.V.A. und dem R.V.G. 1926 gehaltenen Vortrages sagt *Stier* fast wörtlich dasselbe: »Die traumatischen Schädigungen des Gehirns nach schwerer Hirnerschütterung klingen grundsätzlich allmählich, die klinisch faßbaren Folgen der Schreckwirkung, für die ein wesentlicher, ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall bei Ausdehnung des Unfallbegriffs angenommen werden kann, klingen grundsätzlich sehr rasch ab.«

Schon *Hoche* (l. c. S. 66) bezeichnet die Ansicht *Reichardt*s etwas scharf als »ein besonders deutliches Beispiel des Ausflusses dogmatischer Voreingenommenheit«. Aber auch von anderer Seite haben die Widerstände eingesetzt; so z. B. sagt ein verdienter Veteran in Unfallsachen, *Fr. Schultze*[9]), in der »*Nonne*-Festschrift«: »Dem Satze von *Stier*, daß traumatische Schädigun-

[6]) Deutsche med. Wochenschr. 1926, Nr. 5.
[7]) Über die sogenannte Unfallneurose, Leipzig, Thieme 1926.
[8]) Dt. med. Wochenschr. 1928, Nr. 6—8 (S. 262).
[9]) Dt. Zeitschrift f. Nervenheilkunde, Bd. 117/119 S. 593.

gen auch nach schwerer Hirnerschütterung grundsätzlich abklingen und somit gewissermaßen abzuklingen haben, vermag ich nicht zuzustimmen, ganz abgesehen davon, daß Krankheitszustände und Schädigungen überhaupt keine Grundsätze haben.« *H. Hoffmann*[10]) spricht sogar davon, daß in Fällen mit Schädeltrauma und Hirnerschütterung noch lange Zeit, unter Umständen jahrelang, Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Empfindlichkeit gegen Wärme, allgemeines körperliches Unbehagen) bestehen können, die trotz Fehlens eines nennenswerten somatischen Befundes als Ausdruck einer organischen Hirnschädigung aufgefaßt werden müssen.

Wir selbst haben immer bei der Begutachtung nach Unfall eine übergroße Zahl von Fällen zu beurteilen gehabt, in denen Schädelverletzungen oder Hirnerschütterungen mit dem Unfall verknüpft waren[11]). Bei einem nicht geringen Teil davon sind noch monate- oder jahrelang nach dem Unfall objektive Symptome einer zerebralen Schädigung in Form von Pupillen-, Reflex- oder Innervationsdifferenzen gewisser Hirnnerven vorhanden gewesen. Bei einem anderen hatten wir es mit posttraumatischen Erscheinungen im Sinne von Tremor, Hyperhidrosis, Hyperreflexie, vasomotorisch-cardialer Labilität, Kongestivzuständen nach dem Kopfe, Alkoholintoleranz, Affektreizbarkeit oder — inkontinenz zu tun. Die Prognose aller dieser Fälle läßt sich nicht »grundsätzlich« bestimmen, und die objektiven Befunde sind bei vielfach gleichen oder ähnlichen Klagen sehr verschieden. Es gibt fließende Übergänge von den schweren zu den leichten Bildern.

Ob man mit einer »polaren« Stellungnahme, wie sie vor Jahren *Bonhoeffer*[12]) präzisiert hat, richtig wirtschaftet, ist eine Frage; ich glaube nicht, daß man sagen kann: hie traumatisches Hirnsyndrom — hie Unfallneurose. Zwischen dem ersteren, das sich in den beiden ganz bestimmten klinischen Typen des amnestischen (Korsakoff, retrograde Amnesie, Merkdefekte) und des traumatisch-epileptischen oder epileptoiden Symptomenkomplexes (Krampfanfälle, periodische Verstimmungen, Alkoholintoleranz, periodische Kopfschmerzen usw.) äußern soll, und der traumatischen Neurose, i. e. Unfallneurose, die lediglich

---

[10]) Klin. Wochenschrift 1931 S. 121 ff.

[11]) Meine Erfahrungen decken sich vollkommen mit denen von *Quensel* (Deutsche Zeitschr. f. Nervenhlkde., Bd. 88, S. 297): »drei Viertel, wenn nicht vier Fünftel unserer Neurotiker nach Unfällen sind meiner Erfahrung nach Kopfverletzte, und zwar Leute, deren Schädeltraumen man durchaus nicht den Mensurverletzungen der Studenten gleichsetzen kann.«

[12]) Dt. med. Wochenschr. 1926, Nr. 5.

eine psychologische Reaktion sei, dürfte noch manches liegen, was sich weder mit dem einen noch mit dem anderen deckt. Um dieses Mittelgebiet dreht sich der Hauptzweifel. Für die beiden Extreme hat sich der Streit, wenigstens in praktischer Hinsicht, gelegt. Es gibt natürlich Fälle, auf die die moderne Begriffsbestimmung der Unfallneurose zutrifft. Man muß nur immer genau sagen, was man meint, und darf nicht etwa bei dieser sämtliche Zustände nach Unfall unterbringen, die nicht mit dem »traumatischen Hirnsyndrom« zusammenfallen. Die Begriffe der traumatischen Neurose, neuerdings »Unfallneurose« oder »Unfallreaktion« genannt, der nervösen postkommotionellen Zustände, die unfallneurotischen Komplikationen oder Überbauungen bei solchen sind als verschiedenwertige und verschieden begründete Sachverhalte auseinanderzuhalten.

Neben *Bonhoeffer* hat sich *Reichardt* bis in die neueste Zeit hinein[13]) bemüht darzutun, daß »Unfallreaktionen« keine Krankheit seien. Schon vor einigen Jahren[14]) führte er aus: »Der jeweilige Symptomenkomplex, das Zustandsbild oder Gegenwartsbild einer seelischen Reaktion beweist noch nichts über ihren Krankheitswert.« »Die äußere Erscheinungsweise, und mag sie sich auch noch so abnorm zeigen, gestattet bei den Reaktionen an sich noch keinen Schluß auf starke Abnormität oder Krankhaftigkeit.« »Als abnorm wird man Reaktionen dann bezeichnen, wenn sie wesentlich verschieden sind von einer durchschnittlichen Reaktion unter ganz den gleichen Bedingungen und Einflüssen. Abnorm wird die Reaktion durch die abnorme Anlage. Krankhaft wird die Reaktion, wenn sie Krankheitswert erhält, d. h. praktisch einer Krankheit gleichzusetzen ist.« »Krankheiten sind die Folge von Krankheitsprozessen.« »Was heißt Neurose? Neurose war ursprünglich und ist auch jetzt noch ein Name für gewisse Krankheiten auf seelisch-nervösem Gebiet mit Krankheitsvorgängen, welche anatomisch noch nicht faßbar sind (endogene Nervosität, Migräne, Organneurosen wie paroxysmale Tachycardie). Die Unfallneurose ist aber keine derartige Neurose. Denn sie ist eben keine Krankheit, sondern eine seelische Reaktion.« Es wird manchem nicht leicht sein, sich in diese Gedankengänge hineinzufinden. Wir wissen, daß die »Unfallneurose« keine Prozeßkrankheit ist. Aber wir Psychiater haben es doch mit allerhand Reaktionen zu tun, die kein von der Unfallreaktion sehr verschiedenes Ausmaß haben, und die wir trotzdem als krankhaft ansprechen. *Hoche* (Lehrgang, S. 62) hat gemeint, wenn man *Reichardt* in seiner Definition des Krankheitsbegriffes folge, so

---

13) Dt. med. Wochenschr. 1930, Nr. 1 u. 2.

14) Dt. med. Wochenschr. 1928, Nr. 6, S. 213ff.

komme man zu einer Dreiteilung der Menschen: Gesunde — wirklich Kranke — und Kranke, die nicht krank sind.

Auf dem Berliner Lehrgang hat *Stier* gesagt, daß es zur Verständigung nicht förderlich sei, wenn man sich auf eine Diskussion einlasse, ob es sich bei den psychischen, speziell den hysterischen Reaktionen um Krankheit handele oder nicht. Es sei gar nicht Aufgabe des begutachtenden Psychiaters, zu entscheiden, ob krankhaft oder nicht krankhaft, ob Reaktion eines durchschnittlichen oder eines psychopathischen Menschen, sondern die ganze Persönlichkeit des zu Untersuchenden in körperlicher und psychischer Hinsicht zu studieren und zu erfassen und dann darzulegen, wie der fragliche auffällige Zustand und die auffällige Reaktion durch das Aufprallen besonderer Verhältnisse auf einen bestimmten psycho-physischen Organismus im ganzen sich erklärt (S. 45). Ich halte bei dieser von *Stier* sehr gut umrissenen psychiatrischen Aufgabe die Stellungnahme, ob krank oder nicht krank, für unvermeidlich. Denn wir haben es als Ärzte nur mit Krankheit oder mindestens mit dem Entscheid zu tun, ob eine solche vorliegt oder nicht. Außerdem kann die Auffassung: »krank oder nicht krank«, nicht ohne Einfluß auf das gutachtliche Urteil bleiben, obwohl, wie ich sehr gut weiß, der ganze Streit den Richter nichts angeht. Aber schon *Kronfeld* (Lehrgang, S. 18) hat darauf aufmerksam gemacht, daß die Herausnahme der »Reaktion« aus dem Krankheitsbereich natürlich die Stellung des Arztes zum Unfallneurotiker verhängnisvoll berührt. Die ablehnende, vielleicht sogar etwas tendenziöse Haltung des Gutachters wird vom Verunfallten mit einer »ängstlichen Überspannung der Symptome«, und die vom Neurotiker erfühlte »gutachtliche Entwertung« durch den Arzt mit einer mißtrauischen und ebenso tendenziösen Unwahrhaftigkeit als Abwehr beantwortet. Übrigens Tatbestände, die man als Gutachter tagtäglich erlebt.

Man kann von der Wichtigkeit der Einführung des Begriffes der Reaktion in die Psychiatrie vollauf überzeugt sein und doch fragen, ob es in letzter Zeit dabei nicht zu gewissen Überspitzungen gekommen sei. Natürlich ist nicht jede psychische Reaktion etwas Krankhaftes, und man kann streiten, von welchem Punkte an man besonders bei einer hysterischen Reaktion von Krankheit sprechen will oder nicht. Wohin sollen wir aber schließlich kommen, wenn wir der *Bonhoeffer*schen Schule, etwa dem vierten Leitsatz von *Stier* oder *Seelert*[15]) folgen, der sagt: »Die Neurose ist keine Krankheit im engeren Sinn, sie stellt eine psychologische

[15]) Dt. med. Wochenschr. 1927, Nr. 10; Med. Klinik 1927, Nr. 21; Dt. med. Wochenschr. 1928, Nr. 46.

Erlebnisreaktion dar«, oder *Joßmann*[16]), der meint, daß die Rentenneurose keine Krankheit im Sinne der medizinischen Wissenschaft, sondern nur eine psychologisch zu bewertende und zu beurteilende Einstellung sei. Man fragt (mit *Hoche*) im Hinblick auf den Unfallneurotiker: Wenn dem so ist, für wessen Gebiet ist er dann zuständig? Krank soll er nicht sein, sondern nur seelisch reagieren, was hat also der Arzt mit ihm zu schaffen? Das Paradoxon, daß man den psychischen Reaktionen den Krankheitscharakter abspricht, während sie das Hauptkontingent der Nervenärzte, Internisten und praktischen Ärzte darstellen, ist schon *Moser*[17]) aufgefallen. Die Bestrebungen, psychogene Störungen, die der Unfallneurose zugrunde liegen, einfach als psychologisch erklärbare und nur als quantitativ von der Norm abweichende Reaktion zu werten, müßten mit Rücksicht auf die psychologische Erklärbarkeit und Einfühlbarkeit auch anderer Reaktionstypen, z. B. manisch-depressiver und der echten Paranoiaformen der Querulanten, zu unhaltbaren Konsequenzen führen, gar nicht zu reden von den Haftpsychosen, die mit der Unfallneurose sogar das Odium teilen, daß sie auf Wunsch und Zweck eingestellt sein sollen. Wenn jemand auf Examensnöte, eine mißglückte Verlobung, eine unglückliche Ehe, einen Geschäftsbankerott psychogen reagiert, wird er, wenngleich die Motive zutage liegen, für krank gehalten und ärztlich behandelt; reagiert einer aber auf einen Unfall, der ihn auch aus der Bahn wirft, so wird er »psychologisch« betrachtet. Der Grund der ungleichen Wertung scheint im Geldbeutel zu liegen. Dort reagiert eben einer auf seine eigenen Kosten, hier auf die der Versicherung d. h. der Allgemeinheit. »Mit rein ärztlichen Grundsätzen dürfte es nicht vereinbar sein, den ärztlichen Standpunkt, wenn auch evtl. im Interesse der Allgemeinheit, unter Einfluß dieser andersartigen Werturteile zu beschränken oder gar aufzugeben, und z. B. als Mittel zum Zweck die Existenz von krankhaften Erscheinungen einfach zu negieren« (*Moser*, l. c. S. 822/23). Ähnlich betont *Flatau*[18]), es liege Krankheit vor, wenn ein Leidenserlebnis sich in von der Norm abweichenden Verhaltensweisen und Funktionsabläufen kundtue. Unfallneurosen müßten daher als Krankheiten angesehen werden. *Reichardt* meint freilich letztlich, daß es für die Frage, ob bei einer Entschädigungsreaktion (vgl. später) Unfallrente zu gewähren sei, ganz belanglos bleibe, ob man diese als Krankheit werte oder nicht. Natürlich,

---

[16]) Fortschr. der Therapie 1927; Zeitschr. für ärztl. Fortbild. 1928; Nervenarzt, 1929, Heft 2.

[17]) Arch. f. Psychiatrie Bd. 77 S. 814ff.

[18]) *Flatau, G.*, Unfallneurose (Abhdlg. Psychotherapie, herausg. von *A. Moll* u. *P. Plaut*, Heft 15), Stuttgart, Enke 1931.

weil er die Entschädigungsreaktion überhaupt nicht als Unfallfolge betrachtet (A., S. 104). Damit ist auf seine Art dieser Streitpunkt erledigt.

In der Meinungsbrandung der Unfallbegutachtung ist nun ein Leuchtturm aufgetaucht, der den Weg zum sicheren Hafen zu weisen schien. Das ist die viel erörterte grundsätzliche Entscheidung des R.V.A. vom 24. September 1926. Sie ist wichtig genug, daß man auch heute noch, sieben Jahre nach ihrer Fassung, den Wortlaut anführt: »Hat die Erwerbsunfähigkeit eines Versicherten ihren Grund lediglich in seiner Vorstellung, krank zu sein oder in mehr oder minder bewußten Wünschen, so ist ein vorausgegangener Unfall auch dann nicht eine wesentliche Ursache der Erwerbsunfähigkeit, wenn der Versicherte sich aus Anlaß des Unfalls in den Gedanken, krank zu sein, hineingelebt hat, oder wenn die sein Vorstellungsleben beherrschenden Wünsche auf eine Unfallentschädigung abzielen, oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verstärkt worden sind.«

Diese bei genauerem Zusehen vieldeutige und inhaltsschwere Entscheidung ist als eine Art von Plattform angesehen worden, auf der sich die zwiespältigen Fragen der Unfallbegutachtung leichter erledigen ließen. Man hat sie auch als den Ausdruck »einer gelungenen Verständigung medizinischer und juristischer Instanzen über ein gemeinsames Arbeitsgebiet« begrüßt (*Joßmann*). Dies ist unter dem Vorbehalt richtig, daß die R.V.A.-Entscheidung die ärztliche Beurteilung des Einzelfalles nicht berührt, sondern nur bekunden will, welche Rechtsgrundsätze für den Juristen bindend sind, wenn die in ihr erwähnten medizinischen Sachverhalte vorliegen. Aber man braucht nur ihre einzelnen Bestandteile genauer anzusehen, um zu merken, wie schwierig unter Umständen das zu entscheiden ist, was der Jurist von uns zu seiner Rechtsprechung zu erfahren wünscht, und welche Mißgriffe die formelhafte Anwendung mit sich bringen kann. Ich hielt es darum (wie *Schwarz*[19])) für unangebracht, wenn den Unfallakten — wie es häufig geschah — ein gedrucktes Merkblatt über die grundsätzliche Stellungnahme des R.V.A. zur Entschädigungspflicht für Unfallneurosen zur Beherzigung für den Sachverständigen beigelegt wurde. Wahrscheinlich hat auch *Moerchen*[20]) auf diesen Mißbrauch abgezielt, wenn er sagt, daß wir alle und jede schematische Formulierung von behördlicher Seite, mag sie auch gut gemeint und manchem Bequemen willkommen sein, höflich aber entschieden ablehnen sollen. Mancher

---

[19]) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. 71, S. 213ff.

[20]) Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 129 S. 191ff.

Gutachter mag aber gedacht haben, es müsse anders sein. Denn was von maßgeblicher Seite grundsätzlich entschieden ist, hat von vornherein den Anspruch, daß man es gebührend beachte und sich danach richte. Aber auch die Schwächen der Entscheidung sind nicht unbeachtet geblieben, und nicht alle haben gern mit diesem Kalbe gepflügt (vgl. *Fr. Schultze*, l. c. S. 600). Die Fassung der »grundsätzlichen Entscheidung« hielt man vielerorts für nicht glücklich. *Seelert*[21]) meint, es sei selten durch Beibringung von Tatsachen im Einzelfalle nachzuweisen, daß die Wunschgedanken des Versicherten entscheidenden Anteil an seiner Unfallneurose und Erwerbsunfähigkeit haben, ebenso die Vorstellung, krank zu sein. Das treibende Moment liege mehr in der Überzeugung, nach dem Unfallerlebnis Anspruch auf Entschädigung zu haben. *Bumke*[22]) hält die Entscheidung vom 24. 9. 26 sogar für unglücklich und voller Widersprüche. Sie spreche gleich am Anfang von der »Erwerbsunfähigkeit«; da müsse der Versicherte doch »krank« sein; wenn er aber krank sei, ob er es dann nicht doch durch den Unfall geworden sei? *Bumke* meint, die Entscheidung erinnere in ihrer Formulierung an den bekannten Scherz: »Dieser Weg ist kein Weg, wer es aber doch tut, bezahlt 3 Mark Strafe«. *Hoche* (Lehrgang, S. 61) hat übrigens auch schon moniert, daß das R. V. A. in geschickter Weise den Krankheitsbegriff umgehe und nur von Erwerbsunfähigkeit spreche.

Unter dem Begriff der »Unfallneurose« werden heute hauptsächlich solche Fälle verstanden, in denen der Unfall als erlebtes Ereignis[23]) wesentlich »seelische Verarbeitungen« nach sich gezogen haben soll. *Reichardt* spricht dann (A., S. 59) von Entschädigungsneurose. Der Begriff der seelischen Entschädigungsreaktion ist viel weiter als der der Unfallneurose. Diese ist nur ein Teil von jener. Die seelischen Verarbeitungen treten klinisch in der verschiedensten nervös-psychischen Symptomatik in Erscheinung. Ich pflichte *Stier* bei, daß man prinzipiell die Einsicht in die rein reaktiven Zustände nicht durch die Vermischung mit Fällen von Hirnerschütterungen oder gar Hirnverletzungen und dementsprechenden posttraumatischen Beschwerden trüben soll. Aber um den Vorwurf einer Verschiebung der Problemstellung zu vermeiden, möchte ich daran erinnern, daß in der Praxis sich die beiden Symptomreihen der organischen Schädi-

---

[21]) Dt. med. Wochenschr. 1927, Nr. 10.

[22]) Münch. med. Wochenschr. 1932, Nr. 27 u. 28.

[23]) Die Trennung von »Unfallereignis« u. »Unfallerlebnis« (vgl. *Kahn*, Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 35) ist praktisch kaum durchführbar. Wohl werden uns nicht alle Ereignisse zu Erlebnissen, sondern bekanntlich nur diejenigen, welche gefühls- oder affektbetont sind. »Unfälle« sind aber durchschnittlich gerade solche Ereignisse.

gung und der psychischen Reaktion, also der Unfallneurose, namentlich in den Grenzfällen sehr oft verquicken. *Reichardt* (A., S. 63) hat sich wieder bemüht, die »echt-nervösen und auch seelischen Unfallfolgen« von den Unfallneurosen und Entschädigungsreaktionen zu trennen: Die Zustände von Hirnerschütterung und Hirnquetschung, die sogenannte Shockwirkung, die vegetativen und neuropathischen Unfallreaktionen. Ich finde eine solche saubere Trennung bei aller Anerkennung der Notwendigkeit recht schwer. Die klinische Praxis brachte uns sehr viel häufiger eine Kombination beider, als reine Fälle »psychologisch verständlicher« Reaktion, wie sie etwa *Stier*[24]) bei den Unfällen seiner Fernsprechgehilfinnen aufgezeigt hat. Gleichviel aber, wie man die Reaktionen bewertet, ob als krankhaft oder nicht, ob sie als das Wesentliche im Krankheitsbilde dominieren oder von »Organischem« begleitet sind, immer wird man fragen dürfen, ob sich über den psychologischen Sachverhalt überhaupt etwas Eindeutiges festlegen läßt, und ob man vor allem recht hat, wenn man zur Erklärung der länger dauernden und oft so hartnäckigen postcommotionellen Erscheinungen oder sonstigen Unfallfolgen nervöser Art die sogenannten »Begehrungsvorstellungen« heranzieht, die sich auf Erlangung von Entschädigung oder anderer materieller Vorteile richten. Sie sollten das immer wiederkehrende Moment sein, durch das der Unfall eine so dauerhafte seelische Fixierung im Sinne der Schädigung erfahre, während alle wirklichen Unfallfolgen, namentlich die klinisch faßbaren Folgen der Schreckwirkung, sehr bald, höchstens in Wochen abklingen.

Das Schlagwort von den Begehrungsvorstellungen hat an Zugkraft eingebüßt. So betont gegen ihre einseitige Würdigung auch neuerdings *Bumke* (l. c.), daß sich nicht alle Fälle auf die einfache Formel bringen ließen, die *Strümpell* seinerzeit mit diesem Worte zu geben versucht habe, und *Bing*[25]), der als Schweizer eine neutrale Stellungnahme in der Unfallneurosenfrage einnimmt, verwirft die Bezeichnung überhaupt, »weil sie leicht für den Nichtfachmann (wie viele davon wirken aber im Austrag der Entscheidung mit!) den Beiklang des Dolosen und Betrügerischen gewinne« (l. c. S. 492).

Daß Begehrungsvorstellungen neben dem oder wegen des Ideenkreises, durch den Unfall geschädigt zu sein, bei einem Teil der Verunfallten eine Rolle spielen, ist ebenso bekannt, wie verständlich. Sie treten manchmal so unverhüllt zutage, daß ihre Einschätzung im Rahmen des dargebotenen »Krankheitsbildes« nicht schwer fällt. Meist sind es gerade die Fälle, in denen das

---

[24]) Deutsche med. Wochenschrift 1925, Nr. 47—50.
[25]) Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 4. Aufl. 1932.

Trauma oder der Unfall so geringfügig und die vorgetragenen Beschwerden und vorgeführten Symptome so massiv sind, daß man die bona fides der zu Begutachtenden mit Recht anzweifeln kann. Aber die prinzipielle Gleichsetzung der seelischen Auswirkung jedes Unfallerlebnisses mit Begehrungsvorstellungen erscheint den meisten jetzt gewagt. Sogar *Reichardt* gab schon früher zu: »Zweifellos steht am Ende einer Entschädigungsreaktion gewöhnlich ein Gewinn. Aber man darf für die Mehrzahl der Fälle von Entschädigungsreaktion ruhig annehmen, daß sich die entsprechenden seelischen Vorgänge nicht in das Bewußtsein erheben und sogar im Sinne einer Berechnung abspielen. Es ist ein mehr instinktiv sich einstellendes, primitives, großenteils auch verdrängtes unterbewußtes Wünschen und Streben.« Auch die grundsätzliche Entscheidung des R. V. A. läßt durchblicken, daß das »Bewußte« nicht immer zutrifft. Sie spricht ja von »mehr oder minder bewußten Wünschen« nach Unfallentschädigung, d. h. also auch von Wünschen, von denen der Antragsteller streng genommen selbst nichts weiß. Damit haben uns aber die Juristen in eine prekäre Lage versetzt. Logischerweise fallen alle »bewußten« Rentenwünsche, die sich zu ihrer Verschleierung irgendeines Krankheitsgewandes bedienen, unter den Aspekt der glatten Simulation. Es setzt aber ein fast unmögliches »ärztliches Unfehlbarkeitsbewußtsein« voraus (*Kronfeld*), in manchen Fällen den Entscheid zwischen bewußt und unbewußt zu treffen. Es berührt einen immer etwas merkwürdig, wenn man in rechtlichen Ausführungen, wie z. B. in einer Entscheidung eines OVA., lesen muß: »Auch in den Fällen von Neurose kommt es wesentlich darauf an, ob dem Kranken sein mangelhafter Arbeitswille bewußt ist, oder ob er vielmehr ernsthaft daran glaubt, arbeitsunfähig zu sein.« Wer kann überhaupt die Grenze zeigen zwischen dem »Nicht-können-wollen« und dem »Nicht-wollen-können« (*Moser*, l. c.)? In seiner letzten Arbeit (A., S. 93) warnt *Reichardt* geradezu davor, den Begriff der Entschädigungsreaktion mit dem der Begehrungsvorstellungen, der Unfallhysterie oder der Simulation zu identifizieren. Die krassen Zweckreaktionen seien nur ein, zahlenmäßig nicht einmal sehr erheblicher, Teil der Entschädigungsreaktionen. Dieser Begriff sei außerordentlich viel weiter als derjenige der Begehrungsvorstellungen, Unfallhysterie oder Unfallneurose in dem gegenwärtigen, vielfach tadelnden Sinn. *Reichardt* geht jetzt noch weiter: Ob und inwieweit im einzelnen Falle der Entschädigungsreaktion Begehrungsvorstellungen vorhanden seien, sei durch ärztliche Untersuchung allein mit Sicherheit oft oder meist gar nicht feststellbar, vom unfallgutachtlichen Standpunkt aus auch mehr oder weniger belanglos, da die bona fides bei einer

Entschädigungsreaktion noch keine Entschädigungspflicht in sich schließe. Der Eindruck der Glaubwürdigkeit, den der zu Begutachtende mit seinen subjektiven Beschwerden mache, und die bei ihm vorhandene bona fides dürften für sich allein von dem Gutachter niemals als entscheidendes Beweismittel für vorhandene erwerbsbeschränkende Unfallfolgen betrachtet werden. Nun darf man fragen: Wozu der Streit um »bewußte« oder »unbewußte« Wünsche oder Simulation? Der Endeffekt im Sinne der Ablehnung der Entschädigung ist derselbe, wenn der Gutachter einen Zustand nach Unfall für eine Entschädigungsreaktion hält, und auf die Diskussion, ob »Begehrungsvorstellungen« vorliegen, kann man verzichten.

Knoll[26]), dessen unermüdliche Mitarbeit bei der uns hier interessierenden Frage bekannt ist, hat freilich als Jurist diese Sachlage etwas anders und nicht so einfach präzisiert: Ist sich der Versicherte bewußt, daß seine Krankheitsdarstellung lediglich in seinem Wünschen und Vorstellen ihren Grund hat, so wird man nicht von einem Mangel an Arbeitsfähigkeit, sondern an Arbeitswillen sprechen müssen. Ist es aber dem Versicherten nicht hinreichend bewußt, glaubt er vielmehr selbst ernsthaft, daß er arbeitsunfähig sei, so liegt zwar der Grund für diese Erscheinung auch in seinem Willen, aber nicht in seinem bewußten Willen. Eine Hemmung der Arbeitsfähigkeit auf diesem Wege ist im rechtlichen Sinne, solange sie besteht, der Arbeitsunfähigkeit gleichzustellen. *Knoll* verkennt auch nicht, daß im Einzelfalle die Entscheidung, ob bewußt oder unbewußt, sehr schwer sei. Soweit aber über Entschädigungsansprüche aus der Unfallversicherung zu entscheiden ist, könne man diese Frage dahingestellt sein lassen, denn die Voraussetzung einer Entschädigung sei nicht nur das »Vorliegen eines Schadens« — Beschränkung der Erwerbsfähigkeit — sondern der Schaden müsse (§ 555 RVO.) auch durch Körperverletzung entstanden sein. Für den erforderlichen ursächlichen Zusammenhang habe aber das RVA. stets eine »wesentliche Mitwirkung« des Unfalls zu dem eingetretenen Erfolge verlangt (wovon später die Rede sein wird). Die Angelegenheit wäre soweit ganz durchsichtig, wenn nicht folgender Einwand sich erhöbe: Unter dem Begriff der »Körperverletzung« sind vom RVA. offenbar »medizinisch-biologische Wirkungen des Unfalls (oder des Unfallerlebnisses) auf den körperlichen oder seelischen Zustand« des Versicherten verstanden. Wie man aber gerade die medizinisch-biologische Unfallwirkung auf den seelischen Zustand sich vorstellen und feststellen soll, ist nicht ohne weiteres ersichtlich.

Wer in seinem bestimmten Arbeitsgebiet unserer Wissen-

[26]) Dtsch. med. Wochenschr. 1927, Nr. 3.

schaft gut und reichlich die Spanne eines Menschenalters überblicken kann, muß erkennen, daß neben stetigen Entwicklungen sich unser sogenannter Fortschritt auch in Pendelschwingungen markiert. Wenn der extreme Ausschlag nach einer Seite erfolgt ist, kommt der Rückschwung[27]). Gab es früher nach Unfällen nur »traumatische Neurosen«, mit einem Unterton des Organischen, so hat man, wie auch *Aschaffenburg*[28]) zum Leidwesen *Bonhoeffers*[29]) tadelte, heute den Eindruck, daß es nach Unfällen nur noch »Rentenneurotiker« gibt, und daß von einem bestimmten Zeitpunkt an, den man an gewissen Stellen recht knapp und sicher umreißt, neurotische Symptome nichts anderes sind als maskierte Begehrungsvorstellungen. Man hat als Beweis dafür immer die Tatsache benutzt — und in dem sechsten der *Stier*schen Leitsätze wird sie als sicher hingestellt —, daß »unfallneurotische« Symptome bei Nicht-Versicherungs- oder Versorgungsberechtigten nicht auftreten sollen. Man hat mit Vorliebe auf die Mensur- und Sportverletzungen exemplifiziert. Dieses Analogon wurde zwischen den Autoren hin und her ballotiert (*Kronfeld*, l. c. S. 14; *Eliasberg*[30]); *Schwarz*, l. c. S. 238; *Quensel*, vgl. oben). Wenn auch zugegeben werden muß, daß das Unterscheidende zwischen Unfall und Mensur- oder Sportverletzung zum Teil in der subjektiven Einstellung des Verletzten gelegen ist, so besteht doch sicher auch ein objektiver Unterschied zwischen einem Studenten, der wegen einer Quart mit Knochensplitter abgeführt wurde, und einem anhangslosen Handlungsreisenden, der dieselbe »Abfuhr« bei einem Eisenbahnunfall erlebte. *Kronfeld* und *Eliasberg* haben hier auf das Moment der Überraschung, des Schreckhaften und der wehrlos erlebten vitalen Gefahr hingewiesen, das beim Studenten auf Mensur oder dem sportwütigen verunglückten Fußballer fehlt. *Flatau* (l. c.) bestreitet entschieden, daß Symptombilder der Neurose sich nach Unfall nicht entwickeln sollten, wo keine Entschädigungspflicht oder dieser gleichzusetzende Umstände bestünden, und jeder beschäftigte Praktiker kann ihm dies aus eigenem Erleben bestätigen. Die Erfahrungen, die *Honigmann* (bei *Riese*, S. 29) schon vor 25 Jahren an einer größeren Anzahl von russischen Offizieren nach dem russisch-japanischen Krieg gemacht hat, bei denen von Entschädigung oder Versorgung bei etwa eintretender Invali-

---

[27]) »Die Heilkunst teilt mit den andern edlen Künsten das Los, daß jedem Fortschritt eine Übertreibung auf dem Fuße folgt, die den entgegengesetzten Weg der bisher eingehaltenen Richtung einschlägt« (*Kußmaul*, Jugenderinnerungen eines alten Arztes, S. 308). —

[28]) Dtsch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 38.

[29]) Dtsch. med. Wochenschr. 1927, Nr. 1.

[30]) Klin. Wochenschr. 1927.

dität keine Rede war, gehören auch hier her. Es gibt, worauf *Eliasberg* (l. c. S. 1390) mit Recht aufmerksam macht, auch Unfallneurosen bei Kindern. Dasselbe muß ich — im Gegensatz zu *Stier* — auch von der Kategorie der Hausfrauen behaupten. *Bumke* (l. c.) hat noch letzthin ausgesprochen, der ursächliche Zusammenhang zwischen einer Unfallneurose und dem Unfall könne nicht etwa deshalb bestritten werden, weil das gleiche Trauma bei nichtversicherten Menschen ähnliche Störungen nicht hervorzurufen pflege. *Reichardt* (A., S. 88) bleibt nach wie vor bei dem Axiom, daß ohne Entschädigungsverfahren Gedanken und Streben in der Richtung des Gesundwerdenwollens gehen, anderen Falles in der Richtung des Verletztgewesenseins und der Befürchtung, einen Schaden davon zu behalten. Die Entschädigungsreaktionen bezögen sich zu einem Teil auf das vermeintliche Bevorstehen oder Drohen einer gesundheitlichen Schädigung als Unfallfolge. Diese Wirkung trete auch dann ein, wenn der Betreffende einen wirklichen entschädigungspflichtigen Unfall überhaupt nicht erlitten habe, sondern nur fest daran glaube. Im übrigen handele es sich bei den sogenannten Unfallneurosen ohne Entschädigungsverfahren um eine Verwechselung: Nicht der Unfall im medizinischen oder psychologischen Sinne sei die Ursache der »Neurose«, sondern die Konfliktssituation (vgl. später), die Wunscheinstellung, das Streben nach Krankheitsgewinn, also etwas Neues und für sich Bestehendes, in letzter Linie etwas Charakterologisches und Konstitutionelles. Der erlittene Unfall sei dann lediglich willkommener Anlaß oder ein sonstiges Hilfsmittel, womit der Reagierende seinen Zielen erfolgreich näher zu kommen hoffe (A., S. 95/96).

Hoche hat von der »Psychologie des Sachverständigen« gesprochen, die nicht immer ganz objektiv funktioniere. Er mahnt jeden, vor unbewußten »Strafgelüsten« den Unfallneurotikern gegenüber auf der Hut zu sein, weil »in uns allen etwas vom Polizisten oder vom Schulmeister unheilbar schlummere« (Lehrgang, S. 65). Aber ne quid nimis! Ich kann mir abgesehen von der selbstverständlichen Forderung einer »gerechten Ermessung des fremden Leidenszustandes« als Gutachter die Gedankengänge *Rieses* (l. c. S. 41) nicht zu eigen machen, die in dem Schlußsatz gipfeln: »Das Beste aber, was wir unserem leidenden Bruder antun können, ist, daß wir ihn achten, sei es auch manchmal Geldgier und Gewinnsucht, die als scheußliche Fratzen sein Leid — verbergen.« Wir haben uns als Sachverständige von einer ärztlichen Ethik freizuhalten, die vor lauter mitleidiger Einfühlung ins Individuum vergessen lassen könnte, daß wir auch ernste Pflichten der Allgemeinheit und unserem Standesgewissen gegenüber zu erfüllen haben. Ich unterschreibe eher die Auf-

fassung *Grünthals*[31]), der die Haltung des Untersuchers in Unfallsachen als die eines Skeptikers (im Sinne von *Thomas Mann*) formuliert wissen will, der »Verschiedenes für möglich hält und das Zeugnis seiner gesunden Sinne nicht verleugnet«. Diese Skepsis schützt vor mitleidiger Leichtgläubigkeit, kapituliert aber auch nicht vor der Richtlinie. *Reichardt* (A., S. 121ff.) umreißt die zulässige »Psychologie des Gutachters« sehr peinlich. Er hält für ihn den Grundsatz: »in dubio pro aegroto« oder »in dubio mitius« für verpönt, da er sich »damit schon richterliche Vollmachten anmaße«. »Würde dieser Grundsatz Anwendung finden, dann müßte er zuerst auf die zur Zahlung verpflichtete Partei angewendet werden und nicht auf den Rentenbewerber.« Der Gutachter begehe einen Denkfehler, wenn er Unfallfolgen bejahe, weil das Gegenteil nicht beweisbar ist. Die Unmöglichkeit des Gegenbeweises reiche nicht zur Verurteilung derjenigen Partei aus, die nur für erwerbsbeschränkende Unfallfolgen aufzukommen hat.

Daß die Psychologie des Sachverständigen sehr verschieden ist, versteht sich aus den schon von *Weiler* (vgl. oben) angegebenen Gründen von selbst. Die gleiche Situation kann von zweien ganz verschieden gesehen werden. Es war mir z. B. unmöglich, der Ansicht *Stiers*, die »therapeutischen und prophylaktischen Erfolge seien glänzend, seitdem die letzte Wurzel der hysterischen Reaktionen und damit der sogenannten Unfallneurosen psychiatrisch erkannt und diese Erkenntnis in der grundsätzlichen Entscheidung des RVA. juristisch verwertet sei«, bedingungslos zuzustimmen. Er sagt (Lehrgang, S. 44ff.): Seitdem die private Unfallversicherung Fälle von Unfallneurose nicht mehr entschädigt, weil die Vertragsklausel des § 7 Abs. 4 rein funktionelle Störungen nach Unfall überhaupt nicht mehr berücksichtigt, kommen statt der früher außerordentlich zahlreichen Unfallneurosen nur noch Fälle zur Begutachtung, in denen das Bestehen einer Hirnverletzung oder Hirnerschütterung behauptet wird. Mit dem § 7 Abs. 4 haben die sehr unangenehmen Weiterungen wegen Unfallneurose aufgehört. Das kann niemand bestreiten, insoweit es sich um die Feststellung einer Tatsache handelt. Es kann ja gar nicht anders sein. Aber die Gründe liegen für mein Auge nicht nur, nicht einmal vorwiegend da, wo *Stier* sie sieht. Es handelt sich nicht eigentlich um therapeutisch-prophylaktische Erfolge, sondern um Folgen rechtlicher Normierungen. Die in Frage kommenden Menschen haben sich nolens volens in eine Rechtslage finden müssen. Das Weitere ist ihre Sache und kümmert den Gutachter nicht mehr[32]). Der

[31]) Psychologie des ärztlichen Gutachters, Handbuch der ges. Unfallheilkunde Bd. 1, S. 472ff.

[32]) Katamnesen sind in dieser Hinsicht, soweit ich übersehen kann,

»Rückgang der Zahl der Prozesse« ferner bei der Berliner Reichsbahndirektion ist kein zwingender Beweis für die Natur der Unfallreaktion, sondern ebenfalls eine rechtlich erzwungene Konsequenz. *Stier* berichtet aber auch, daß zum Beispiel bei der Oberpostdirektion Berlin die Erfolge der zielbewußten Anwendung der Entscheidung des RVA. »überwältigend« gewesen seien, insofern, als neue Fälle von »Schreckneurosen« oder »Telephonunfällen« sofort seltener geworden und im letzten Jahre überhaupt nicht mehr zur Beobachtung gelangt seien, und schließt dann: »Die Bilder der zitternden, über tausend Beschwerden jammernden und klagenden Menschen, die ganz erfüllt von dem Gedanken, krank und arbeitsunfähig zu sein, sich und anderen zur Last fielen, sind heute praktisch verschwunden, und der fehlende Zugang von neuen Fällen ist ein nicht zu übersehendes Argument von starker Beweiskraft für die Richtigkeit unserer psychiatrischen Anschauungen« (Lehrgang, S. 48). Soweit *Stier* bei der Klarstellung und Beseitigung der früher bei Unfällen von Telephonistinnen oft mißbräuchlich erhobenen Ansprüche tatkräftig mitgewirkt hat, liegt ein offenbares Verdienst vor. Auch ich halte gerade diese und ähnliche Fälle für typische Formen der sogenannten Unfallneurose. Es frägt sich aber, ob seine Argumentierung über den angegebenen Betrachtungskreis hinaus in Bausch und Bogen richtig ist. Der Hinweis auf ein Seitenstück ist erlaubt: Wir alle wissen, daß die Anteilsquote der Begutachtungsfälle wegen Unfall und besonders Kriegsbeschädigung an unseren klinischen Aufnahmeziffern in den letzten Jahren ruckartig zurückgegangen ist (vgl. oben). Es wird aber keiner feststellen, daß man sich über die daran schuldigen, aus der katastrophalen Wirtschaftslage entspringenden Sparmaßnahmen der Behörden und Berufsgenossenschaften und die »Notverordnungen« wegen Rentenentzuges und Begutachtungsein-

---

nur spärlich. Eine neuere Mitteilung stammt von *Rüken* aus der Bonner Klinik (Münch. Med. Wochenschr. 1931, Nr. 51), über 61 Sozialneurotiker (Hysteriker) der Ruhrknappschaft, die 1926/27 dort begutachtet worden sind. Von den 61 hysterisch reagierenden Neurotikern erhielten 22 dauernde Rente wegen komplizierender Faktoren (Epilepsie, Alterserscheinungen, charakterologischer Eigenschaften, Hypochondrie, zu langes Bestehen der Hysterie), von den restlichen 39 reinen Rentenneurotikern nahmen nach abgeschlossenem Verfahren bergmännische Tätigkeit 20, Lohnarbeit 8 auf. Von den ersteren haben 18 regelmäßig gearbeitet, die letzteren waren nicht exakt kontrollierbar. — Von der Jenaer psychiatrischen Klinik (Dr. *Lische*) sind genaue Erhebungen im Gange. Alle frisch in die chirurgische Klinik eingelieferten Verunfallten werden psychiatrisch-neurologisch untersucht und nach der Entlassung in gemessenen Zeiträumen von demselben Untersucher nachkontrolliert.

schränkung freuen könne, weil dadurch ja die Betroffenen alle plötzlich gesund geworden seien, da wir sie nicht mehr zu sehen bekamen.

Im übrigen hat *Levy-Suhl* (bei *Riese*, S. 114ff.) recht: es ist nicht dasselbe, ob es sich bei Unfällen um Privatversicherte mit Haftpflichtansprüchen, um Angestellte und Beamte oder um sozialversicherte Arbeiter handelt. Auf seine viel besprochene Kontroverse mit *Panse*[33]) ist hier nicht näher einzugehen. Ich halte die Beweiskraft von dessen Ausführungen auch durch die Art seines Materials etwas beeinträchtigt. Bei nicht wenigen seiner Fälle, gerade bei den schlagendsten Beispielen von Heilung nach Erledigung der Ansprüche, handelt es sich um solche, denen bei lappalienhaften Unfällen die unreelle und gewinnsüchtige Tendenz aufdringlich anhaftet, die zum Teil überversichert sind oder als Versicherungsbeamte eigene Routine haben, oder bei denen zwischen Unfall und Reaktion eine verdächtige Besinnungspause liegt, und die Beschwerden charakteristischerweise im Quadrat der Entfernung vom Unfall zunehmen. Solche »Unmoral der Täuschungen« sagt allerdings wenig über die »psychologische Struktur des Krankheitsbildes der Unfallneurotiker« aus (*Levy-Suhl*, l. c.). Für die sozialversicherten Arbeiter sind die heutigen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, unter denen sie, durch Unfall arbeitslos geworden, im Existenzkampf zu leben gezwungen sind, so miserabel, daß man sich nicht darüber wundern kann, wenn ihre Unfallfolgen nicht prompt »abklingen«. Woher sollen sie den Schwung nehmen, um die durch den Unfall geschaffene Ausnahmesituation zu überwinden? Woher Kraft und gar noch »Ethos«, »Entschädigungsreaktionen« im Keime zu ersticken? Ich will mit dieser Bemerkung mich nicht mit gefühlsbetonten Gedankengängen identifizieren, die in dem Buche von *Riese* an mancher Stelle (vgl. z. B. *Hertha Riese*, S. 149ff.) einen fast parteipolitischen Beigeschmack erhalten haben. Ich stelle nur Dinge fest, die sich eigentlich für jeden sozial denkenden Menschen von selbst verstehen. Einen Unterschied zwischen einer »bürgerlichen Rentenneurose« und einer »Arbeiterrentenneurose« zu statuieren (vgl. *Rieth*, Lehrgang S. 23), ist gar nicht so sinnlos, wie es auf den ersten Blick scheinen möchte. Man könnte dazu schon nach den alten Feststellungen von *Horn*[34]), daß bei Sozialversicherten der Prozentsatz der Unfallneurose nur 1% aller entschädigungspflichtigen Betriebsunfälle betrug, während bei Haftpflichtfällen, Eisenbahnunfallverletzten, Privatversicherten ihre Häufigkeit und praktische Tragweite unvergleichlich größer (50%) sei, ver-

[33]) Arch. f. Psychiatrie Bd. 77.
[34]) Dtsch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 9.

anlaßt sein. Das ist heute noch genau so. Die allerschlimmsten Rentenneurosen mit den dicksten Prozeßakten erlebt man bei den Haftpflichtansprüchen Eisenbahnverunfallter der »gebildeten« und wohlsituierten Mitbürgerklasse. In diesem Zusammenhang freut es mich, auf die Gedankengänge *v. Weizsäcker*s hinweisen zu können, der sich auch nicht scheut, (zwar nicht den politischen, aber) den Klassenbegriff der bürgerlichen und sozialversicherten Fälle in die medizinische Frage hineinzutragen (l. c. Seite 18) und nach der Erfahrung die primitiver gebaute Rechtsneurose des Arbeiters von der komplizierten und hartnäckigeren des gesicherten Bürgers zu trennen.

Will man dem Neurotiker das Aufgeben seiner Neurose abzwingen, indem man ihn auf das »Leben« verweist, anstatt daß man ihn berentet, so muß eine korrekt-formale Gesetzesauslegung irren, die sich in der prozentualen Abschätzung der durch den Unfall geschaffenen Erwerbsminderung — *v. Weizsäcker* spricht von einer Abstraktion sozialmedizinischer Mathematik — erschöpft. Bei *Klieneberger* (l. c. S. 424) ist zu lesen, daß nach geltendem Recht im Einzelfalle der Arzt prüfen müsse, ob dem Kranken jeweils erfolgreiche Bekämpfung entstehender Begehrungsvorstellungen nach erlittenem Unfall zugemutet werden könnte[35]), ob nicht vielmehr die Widerstandskraft des Geschädigten infolge von Lebens- und Umweltsverhältnissen, Alter, Anlage, Einwirkung von Familie, Freunden, Ärzten usw., so mangelhaft war, daß ein leichter Unfall eine entschädigungspflichtige traumatische Neurose (i. e. Entschädigungsreaktion) auslösen konnte. *Moerchen* (l. c.) sieht die Sachlage von einer etwas anderen, aber auch hierher gehörigen Seite; er trennt nach Unfällen die »schicksalsmäßig determinierte, mit dem Unfall causal zusammenhängende, primäre, nicht neurotische Krankheitssymptomatik« von der »zusätzlichen Leidenssymptomatik«, die er letzlich in der geistig-sittlichen Einstellung des Verunfallten zu seinem Leidenserleben bedingt sieht. Aber diese moralisierende Anschauung läßt ihn doch nicht verkennen, daß selbst die deutlichste Zweckneurose doch »immer eine Angelegenheit menschlicher Schwäche und Unzulänglichkeit sei«, und daß es sich im tiefsten Grunde weniger um Hysterie, als um Schwachsinn handele, allerdings nicht so sehr ausgeprägt im Formal-Intellektuellen, als vielmehr in dem unvernünftigen, infantilen Verhalten der Persönlichkeit im Leiden (l. c. S. 201 und 206).

Es kommt einem bedrückend zum Bewußtsein, daß man sich so wenig Zeit nehmen kann, zu ergründen, was für eine Persönlichkeit nach Herkunft, Milieu und sozialwirtschaftlicher Lage der in Frage

---

35) Vgl. auch *Klieneberger*, Med. Klin. 1932, Nr. 42, S. 1470.

stehende Unfall getroffen hat. Auf die Bedeutsamkeit des »konstitutionellen Bodens« bei den Unfallneurosen (Neigung zu hysterischen Reaktionen, hypochondrisch-ängstliche Grundstimmung, querulatorisches Temperament, konstitutionell-nervöse Ermüdbarkeit usw.) hat *Bumke* (l. c) wieder hingewiesen. *Wagner*[36]) zeigte an 15 sehr genau durchgeführten Individualstammbäumen eine hochgradige Häufung psychiatrisch-neurologischer Merkmale in den Familien der Rentenneurotiker und zahlreiche pathologische Züge in ihrer prämorbiden Persönlichkeit. Besonders auffallend war ihr die familiäre Häufung von Debilität. Die Häufigkeit psychiatrisch-neurologischer Anomalien in den Familien der Rentenneurotiker (73,34%) übersteigt weitaus die Belastung der Durchschnittsbevölkerung (32,05%). Weil aber Unfallfolgen binnen kürzester Zeit abklingen sollten, und weil angenommen wurde, was festgehalten werde, seien nur larvierte Begehrungsvorstellungen, so lag für manche Autoren die Frage nahe, ob vielleicht nicht sie, sondern die »prämorbide Persönlichkeit und Situation« dieses Abklingen recht bedeutsam verzögern können. »Die Aktualisierung psychogener Mechanismen ist nicht nur von der Stärke des akuten auslösenden Erlebnisses (Unfall), sondern auch von dessen chronischer seelischer Vorbereitung im Erlebenden abhängig« (*Kronfeld*). Es ist immer wieder darauf hingewiesen worden, daß neben Rentenbegehrungsvorstellungen viel kompliziertere Faktoren eine Rolle spielen können, und daß der Tatbestand nicht erschöpft ist, wenn man so schlechthin sagt, »die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten habe ihren Grund in der Vorstellung, krank zu sein« (vgl. die grundsätzliche Entscheidung des R. V. A.), einer Vorstellung, in die sich der Verunfallte »hineingelebt« habe. Es kommen sicher in vielen Fällen tiefer liegende, aber bei näherer Erfassung der verunfallten Persönlichkeit und ihrer Umweltsverhältnisse genügend durchsichtige Faktoren zur Erklärung der Fixierung psycho-physischer Unfallreaktionen in Frage: soziale, berufliche, eheliche oder familiäre (im weiteren Sinne) »Komplexe«, die durch den Unfall mobilisiert, mit ihren verhaltenen Affektmassen in der durch ihn geschaffenen Situation ein weites Entgegenkommen als Lösung einer bisher schwer ertragbaren inneren Spannung finden; ferner: Minderwertigkeitsgefühle verschiedenen Ursprungs mit dem komplementären Geltungsbedürfnis, die durch die von der akuten Erlebniswirkung des Traumas geschaffene Symptomatik (Hysteriephasen, Organfixationen cardiovaskulärer, intestinaler, vegetativer Art, motorische Reiz- oder Schwächeerscheinungen) vor dem Ich des Verunfallten ihre »Rechtfertigung« erfahren; endlich alles, was *Kronfeld* bei jeder Neurosenstruktur überhaupt als

---

[36]) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 123, S. 230ff.

das »tendenziöse, prospektive Moment« bezeichnet. Alle diese seelischen Motivierungen können, wenn sich nach einem Unfall ein neurotisches Zustandsbild entwickelt hat, die letzten Gründe für das sein, was als Begehrungs- oder Rentenneurose gilt (vgl. *H. Hoffmann*, l. c.).

Es wird gut sein, mit Überlegungen dieser Art, um nicht ins Uferlose zu geraten, an einem bestimmten Punkte Halt zu machen. Dies gilt vor allen Dingen der Anregung gegenüber, Verunfallte (vgl. *Landauer* und *Meng*, bei *Riese*, l. c. S. 65 u. 99) zu psychoanalysieren. Man läßt am besten alle schulgemäße »Tiefenpsychologie« beiseite. Man kann nicht die Auswirkungen eines Unfalles mit dem Geburtstrauma oder sexuellen Kindheitserlebnissen (*Sperling*, bei *Riese*, l. c. S. 87) erklärend verknüpfen. Aber eine Begutachtung, die im wesentlichen in der Annahme von Rentenbegehrungsvorstellungen in irgendeiner Form gipfelt, ist eine einseitige psychologische Erfassung der verunfallten Persönlichkeit. Daran wird durch die Konzeption von *Kleist*[37]), daß es sich oft weniger um aktive Begehrungsvorstellungen, als um einen mehr passiven, Selbsterhaltungstrieb und Arbeitswillen lähmenden, Neurose-erzeugenden »Sicherheitsglauben« handele, d. h. den Glauben, vor den vorhandenen oder befürchteten erwerbsmindernden Folgen eines Unfalles, also vor einer Notlage durch das Entschädigungsanrecht gesichert zu sein (»Sicherheitsneurose«), nicht viel geändert. Darin ist sich eine Reihe von Fachgenossen (*Hoche*, *Wetzel*[38]), *H. Hoffmann* u. a.) einig, und *Kronfeld* (Lehrgang, S. 13) faßt die Sachlage sogar mit folgenden Worten zusammen: »Eine derartige Psychologie ist ebenso lediglich als Produkt der durch die soziale Gesetzgebung geschaffenen Mentalität der Gutachter aufzufassen, wie dies hinsichtlich der egoistischen Ausnutzung dieser Gesetzgebung durch die Unfallverletzten der Fall ist. Sie begnügt sich mit der Verallgemeinerung eines leicht durchschaubaren Tatbestandes, der sie das Mäntelchen des allein echten wissenschaftlichen Fortschrittes umhängt.« Gegen diese Entrüstung wird sich *Reichardt* mit aller Kühle wenden. Er wird alle diese Überlegungen zugeben, aber entgegenhalten, daß sie außerhalb des Unfallbereichs lägen, jedenfalls keine nervös-psychischen Unfallfolgen seien, sondern etwas Neues und für sich Bestehendes, in letzter Linie etwas Charakterologisches, Konstitutionelles (vgl. oben). Die Frage, ob es sich dabei um etwas handle, was mit dem Unfall causal zusammenhänge, weil es ohne diesen überhaupt nicht aktuell geworden wäre, wird glatt verneint. Also wozu all die »psychologisierende« Mühe und der »viele Lärm um nichts«?

---

37) Klin. Wochenschr. 1927, Nr. 28.

38) Nervenarzt, 2, 1929.



Damit ist aber nur eine (individuelle) Seite des Problems berührt. Wenn wir aber als Gutachter »einen Kranken einordnen in die ökonomische Situation der Arbeit und des Geldes« (*v. Weizsäcker*), so müssen wir auch die andere (sozialpolitische) in Rechnung stellen. Schon *Klieneberger* (l. c. S. 445 u. 461) deutet von einem soziologischen Betrachtungsstandpunkt aus die komplizierten Bedingungen (»Unfallneurose und gegenwärtige Lebensbedingtheit«) der Neurosenentstehung an (»mangelndes Selbstvertrauen, das Gefühl der Minderung, sexuelles Unbefriedigtsein, Angst und Furcht«). »Der letzte äußere Anlaß prägt die Lebensneurose zur Unfallneurose«. Ihre Erklärung (im Sinne von *Reichardt*, *Kleist*, *Seelert*, *Joßmann*, *Nonne*, *Bonhoeffer* u. a.) betone zu einseitig Zweckvorstellung, Sicherungsgedanken, Rechtserlebnis, Bedeutung des Unfalls als entschädigungspflichtiges Ereignis oder Einstellung auf das Entschädigungsverfahren. Die Unfallneurose sei eine »Kulturkrankheit, eine Krankheit vorgeschrittener Kultur mit erschwerten Daseinsbedingungen, eine bewußt-unbewußte Konflikts- und Minderwertigkeitsreaktion, eine Behauptereaktion gegenüber der Furcht zu versagen oder gegenüber der bewußten Tatsache, aus innerer und äußerer Lebensbahn zu gleiten. Die Unfallneurose sei eine durch ein besonderes äußeres Ereignis oder durch einen besonders erlebten bzw. verknüpften Vorgang abgestempelte Lebensreaktion«. Das läuft in gleicher Richtung wie die *Kahn*sche Ansicht (l. c.) von den Unfallneurotikern: »Das Unfallerlebnis gibt ihnen gewissermaßen erst Existenzberechtigung, weil sie jetzt nach außen eine Erklärung und Entschuldigung für alles zu haben glauben oder doch vorgeben, und weil sie jetzt die Verantwortung von sich weg auf ihren Unfall bzw. auf ihr Nervenleiden schieben können.« *Reichardt* (A., S. 95) sagt, daß ein erlittener und ebenso auch jeder nur eingebildete Unfall (selbst der vorgetäuschte!) bei entsprechender Konfliktsituation oder Wunschbereitschaft (einer unangenehmen Lage auszuweichen oder an einem Gegner Rache zu nehmen) für den Verunfallten den Anlaß gebe, den Unfall als Erklärung (»Ursache«) des Verhaltens in solchen Situationen zu verwenden. Der Unfall hat dann gar nicht die »Neurose« ausgelöst, sondern er gibt nur die erwünschte Erklärung oder Entschuldigung für das der Situation entsprechende Verhalten (Entlastungs-, Deckbestrebungen, Ausweichreaktionen, hysterische Reaktionen).

v. Weizsäcker erwidert: Die Hypothese der Tendenzneurose und ihrer Motivierung durch Faulheit (ich erinnere an den Ausdruck der »Aphiloponie« *Schröder*s), Geldbegehren und Sicherungsbestreben ist in dieser Form aus soziologischen Gründen nicht zu halten und ihre praktischen Konsequenzen gleichfalls nicht (l. c. Seite 10). Wenn bei dem ganzen Problem von einer Abschätzung der Arbeitsfähigkeit eines Verunfallten die Rede ist,

so kann sich die ärztliche Gutachtertätigkeit nicht darin erschöpfen, »seine Suffizienz durch Subtraktion seiner Erscheinungen und Ausfälle von 100%« zu bestimmen (l. c. Seite 2), auch nicht in formalexakter, aber durchaus »unsachverständiger« Weise die Arbeitsfähigkeit auf dem »allgemeinen Arbeitsmarkt«, den man heute in der Zeit der »Arbeitslosigkeit« gar nicht mehr schätzen kann, am grünen Tisch festzulegen. Wir kommen heute zur Zeit der Sozialversicherung und der Arbeitslosigkeit, der Wirtschafts- und Gesellschaftskrise mit der simplen Prozenttaxe auf Grund der ärztlichen Untersuchung dem Kernpunkt der Sache nicht recht nahe. *v. Weizsäcker* hat sicher Recht, daß es ein Irrtum ist, zu glauben, man »heile« einen sozialversicherten Unfallneurotiker dadurch, daß man ihn durch Rentenentzug — nach dem Rezept: Vogel friß (man meint: arbeite) oder stirb — einer Notlage aussetzt, daß man vielmehr die Neurose nur heile, wenn man diese Notlage auch durch Arbeit und Verdienst überwinden kann (l. c. Seite 10). Wie soll man das aber, wenn keine Arbeit zu finden ist? Es kommt mir wie ein schlechter Witz vor, wenn *Reichardt* (A., S. 100) bei einer »Entschädigungsreaktion« einem Arzte vorredet, er müsse die »möglichst baldige Wiederaufnahme der Arbeit und die Verhütung eines wirtschaftlichen Schadens anstreben«. Bei dem Streit, ob die Neurose vom Unfall kommt oder nicht (vgl. später), sieht *v. Weizsäcker* nur ein »Pathos der Korrektheit und Gerechtigkeit« (l. c. Seite 36). Aber gleichviel, ob einer im Lager *Joßmanns* oder *Rieses* — ich möchte *Reichardt* nicht ausnehmen — stehe, er müsse doch einsehen, daß sich ein Trauma »über die reinen Kausalfolgen hinaus in der Herbeiführung einer Notlage auswirkt, welche nicht kausal sondern sozial entsteht, ohne daß in der Mehrzahl der Fälle der Verletzte dafür verantwortlich ist« (l. c. Seite 49). Diese Überlegungen sind viel wichtiger als der Streit darüber, ob die Unfallneurose mit all ihren supponierten Inhalten (Entlastung, Sicherung, Deckung, Ausweichen, Gewinn) lediglich eine psychologisch verständliche Reaktion oder eine Krankheit ist. Letzten Endes kann man »Brot« nicht durch »Psychologie« ersetzen.

Nach diesen teils psychologischen, teils soziologischen Überlegungen, die in der Begutachtungspraxis, die sich streng kausal an medizinische Belange hält, umstritten sind oder abgelehnt werden, sind noch einige Punkte im Bereiche der Unfallbegutachtung zu erwähnen, die hingesehen auf den uniformierenden Begriff der Unfall- oder Rentenneurose mit großer Vorsicht zu beurteilen sind. Im Anschluß an ein Unfallerlebnis können sich bekanntlich schwere psychasthenische (phobische und zwangsneurotische) und vor allem hartnäckige depressiv-hypochondrische (noch weit über das hinaus, was *Bumke* »iatrogene Hypochondrisierung«[39]) bezeich-

[39]) Vgl. den von *Moerchen* (l. c. S. 202) mitgeteilten Fall.

net hat) Krankheitsbilder entwickeln, die mit Rentenbegehrungsvorstellungen motivieren zu wollen, falsch wäre. Hat man besonders in letzteren Fällen selbst Suizide erlebt, so wird man in der Beurteilung vorsichtig. In einem Gutachten von *Reichardt* habe ich zwar wortwörtlich gelesen: »Eine hypochondrische Unfallreaktion klingt zusammen mit der anatomischen Heilung der organischen Unfallverletzungen ab; denn eine solche hypochondrische Reaktion verliert dann gleichsam die Berechtigung; der Patient wird durch die dauernd fortschreitende Heilung davon überzeugt, daß er durch den Unfall nicht zeitlebens schwer geschädigt ist. Außerdem sind solche hypochondrischen Unfallreaktionen einer Behandlung sehr gut zugängig.« Ich kann nur sagen, daß ich bei uns in dieser Hinsicht Stück für Stück das Gegenteil erlebt habe und daß es mir immer merkwürdig vorgekommen ist, daß wir so viele Schwierigkeiten haben, während bei *Reichardt* jede Unfallreaktion, selbst eine hypochondrische, mühelos »abklingt«. *Reichardt* (A., S. 79) meint, dem Entstehen oder Andauern einer hypochondrischen Reaktion wirke das elementare vitale Genesungsgefühl entgegen. Für ihn ist es eine Tatsache, daß die nichtentschädigungspflichtigen Unfälle keine langdauernden, echten, erwerbsbeschränkenden hypochondrischen Unfallreaktionen im Gefolge haben.

Ich denke ferner an die schweren Hysterien, die sich von den lächerlichen, landläufigen Unfallpsychogenien mit ihrem Heer kleiner und großer Beschwerden und ihren künstlichen Aggravations- oder Simulationstendenzen dramatisch und erschütternd abheben und bei denen die von *Kretschmer*[40]) aufgeworfene Frage nach dem Anteil der willkürlichen und der reflektorischen Komponente am Symptomenkomplex berechtigt ist. »Überwiegen im Zustandsbilde die nervösen bzw. psychischen Automatismen oder ist der Wille selbst als erkrankt anzusehen, so kann das Ausbleiben einer Heilung juristisch nicht dem Hysteriker selbst zur Last gelegt werden« (l. c. S. 211). Die Nutzanwendung auf Begutachtungen nach Unfall ergibt sich daraus von selbst. Jeder kennt die allerdings seltenen Fälle von echter schlaffer (mono- oder hemiplegischer) Lähmung mit den dazugehörigen Hemianästhesien und — Analgesien, Muskelatonie, Kühle und leichter Cyanose der Haut. Jeder auch die Patienten mit jahrelangen an multiple Sklerose und Cerebellarataxie erinnernden, grotesken Gang-, Steh- und Haltungsstörungen, die jahrelang Bettlägerigen mit negativistischen und kataleptischen Symptomen, die gehäuften Anfälle, die bei den geringsten Situationsreizen tagaus tagein wiederkehren. Bei ihnen spricht *Kretschmer* von »Hypobulie« (»Willenskrankheit«), und man kann kaum mehr sagen, daß der

[40]) Vgl. Med. Psychologie, Leipzig, 3. Aufl., 1926, S. 212ff.

hypobulische Mechanismus von einem Zweck beherrscht wird, wo doch das unsinnige Mißverhältnis zwischen Krankheitsaufwand und Geringfügigkeit des dadurch erstrebten Vorteils (vgl. *Moser*, l.c. S. 823 und *Levy-Suhl*, l.c. S. 123) nicht übersehen werden kann. Immer frappiert einen ja in diesen Fällen des Übermächtigwerdens der, bei allen Menschen angelegten, hypobulischen Mechanismen die krankhafte Zweckschwäche. Der Traumatiker, der angeblich einen Zweck verfolgt, handelt nicht nur unzweckmäßig, sondern sinnlos, so daß er z. B. um einer minimalen Rente willen sich wie ein verblödeter Katatoniker ins Bett legt, vollkommen asozial sich jeglichen Lebensgenuß verkümmert oder wie ein Kleinhirnkranker durch die Welt torkelt. *H. Hoffmann* (l.c.) spricht geradezu von einem »perversen Zustand der Selbsteinengung und Selbstverstümmelung«. Versteht man unter Zweckneurose die »willensmäßig zweckvolle Ausbeutung von Resten früherer Reflexhysterien oder komplizierteren Gewöhnungen« (*Kretschmer*), so trifft diese Definition auf die besagten Zustände kaum zu. Daß natürlich bei »Reflexhysterien«, wo der automatische Nervenvorgang das Dominierende ist, der Wille eine Hilfsrolle spielen, d. h. noch willkürliche Übertreibungen aufgepfropft werden können, versteht sich von selbst. »Hypobulische Mechanismen werden von Zwecken gereizt, aber nicht von ihnen beherrscht.« Praktisch hat man sich aus dem gegebenen Dilemma durch die »Gepflogenheit geholfen, daß man die Rente eines Hysterikers niedriger bemißt, als die eines entsprechenden Organikers«.

Schließlich darf man auch die Tendenz zur querulatorischen Entwicklung nicht vergessen. *Bumke* (l. c.) stimmt in dieser Beziehung *Hoche* und *v. Weizsäcker*[41]) bei, daß es sich bei vielen Fällen von Unfallneurotikern um eine ähnliche Einstellung handele, wie bei den echten Querulanten (verletztes Rechtsgefühl bei verweigerter Rente, Drängung in die Beobachtung ihrer nervösen Beschwerden einerseits, und in den Kampf um die Rente andererseits infolge des Widerstandes gegen ihre Ansprüche, infolge der Kritik ihrer Behauptungen über den Unfall und seine nervösen Folgen, durch die ärztliche Beobachtung, Aufnahmen ins Krankenhaus, Denunziationen von Nachbarn und dergleichen). Auch *Klieneberger* (l. c. S. 444) meint, daß der Rentenneurotiker ein rechtsuchender Grübler und Erwartender sei, der weniger Heilung als Anerkennung verlange, und *H. Hoffmann* (l. c.), daß er nicht immer in erster Linie um Geld, sondern um sein gutes Recht kämpfe. Aus der Verfechtung vorliegender Rechtsansprüche erwachse beim Unfallkran-

---

[41]) Nervenarzt, 1929, S. 569.

ken die Querulanz. Von dem schuldhaften Verhalten mancher Ärzte dabei, die von vornherein durch ihr brüsk-abweisendes Gebaren an dieser Entwicklung mitwirken, und der Versicherungsinstanzen oder haftpflichtigen Betriebe, und seien es auch nur untergeordnete bevollmächtigte Organe, die den Verunfallten ganz ungeschickt in die Defensive drängen, hat *Bing* (l. c. S. 493) mit Recht gesprochen.

Reichardt[42]) führte übrigens auch als die hauptsächlichsten Formen der »Entschädigungsreaktion« auf: 1. Die psychasthenische Reaktion und Weiterverarbeitung (Willensschwäche, Wehleidigkeit, mürrisches Wesen, Arbeitsunlust; Insuffizienzgefühle bei vorhandenem Geltungsbedürfnis); 2. die hypochondrische Weiterverarbeitung; 3. die hysterische Zweckreaktion und die Simulation; 4. die querulatorisch-paranoiden Formen; 5. die reaktiven neuropathischen Symptomenkomplexe (Kopfbeschwerden, Schwindel, Schlafstörungen, Aufgeregtheit, Alkoholintoleranz). Ich kann nur nicht verstehen, wieso *Reichardt* bei dieser Aufstellung schließt: »Im einzelnen sind die so entstehenden Bilder der Entschädigungsreaktion ungemein verschieden, eben weil es sich nicht um Krankheiten, sondern um psychologische Individualreaktionen handelt« (l. c. S. 262). Ob das wirklich alles nur psychologisch zu bewertende Individualreaktionen sind?

Erfreulicherweise hat uns der klinische Fortschritt auch von organischer Seite her gewisse Hilfsmittel an die Hand gegeben, mit denen wir unter Ausschluß jeder psychologisierenden Deutung zu schätzenswerten Schlüssen kommen. Ich erinnere an die (in ihrer Deutung allerdings noch umstrittene) Prüfung der Liquorverhältnisse (Passage, Resorption, Druck) und an die Enzephalographie. In ersterer Hinsicht ist die Mitteilung von *v. Altmann*[43]) ganz lehrreich. Gewisse Symptome, insbesondere Sensibilitätsstörungen, werden bei Verunfallten zuweilen als psychogen aufgefaßt, wenn die notwendige Begutachtung den Gedanken an Rentenneurose nahe legt. Die Liquoruntersuchung — starke Vermehrung des gesamten Liquoreiweißes ohne Zellvermehrung — und partieller Lipojodolstop decken die organische Grundlage der für psychogen gehaltenen Symptome auf (posttraumatische Arachnitis spinalis circumscripta). In letzterer Hinsicht hat sich (vgl. die Untersuchungen von *Bielschowsky*[44]) aus der *Foerster*schen Klinik) herausgestellt, daß nicht in allen Fällen mit ausgesprochenem zerebralen Allgemeinsyndrom Störungen des Ventrikelsystems nachzuweisen waren,

[42]) Dt. med. Wochenschr. 1928, Nr. 7.
[43]) Nervenarzt, 4, 1931.
[44]) Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1928.

und daß solche bestanden, ohne daß nennenswerte subjektive Beschwerden geklagt wurden. Besonders wertvoll sind die Untersuchungen *Hauptmanns*[45]), der die Frage: »Kann uns bei der Bewertung der Beschwerden von Schädeltraumatikern, die keine gröberen Hirnläsionen erkennen lassen, das Enzephalogramm weiter helfen?« erörtert. Unter 40 Fällen fand er 27 mal Erweiterung der Ventrikel überhaupt, 12 mal Erweiterung eines Seitenventrikels, Verziehung eines Ventrikels usw., viermal normale Ventrikelverhältnisse. Nichtfüllung der Ventrikel ist bei Schädeltraumatikern häufiger als bei anderen Krankheitskategorien. Das Zustandekommen eines hypersekretorischen Hydrozephalus als unmittelbare Folge eines erheblichen Schädeltraumas sei sichergestellt. Es bestehen Beziehungen der Schwere des Traumas zum Enzephalogramm (Hydrozephalus!), die leichtesten enzephalographischen Veränderungen bei den leichtesten Schädeltraumata. Es gibt aber auch Fälle, bei denen einem erheblich pathologischen Enzephalogramm nur ein geringes Trauma gegenüber stand. Fast nie aber sah *Hauptmann* ein wenig verändertes Enzephalogramm bei einem erheblichen Trauma. Das Vorkommen eines schwer veränderten aber bei »leichtem« Trauma und bei Fehlen ernsterer zerebraler Anfangssymptome soll eine Lehre dafür sein, die Berechtigung von posttraumatischen Beschwerden nie allein wegen der »Geringgradigkeit« des Traumas und der anfänglichen Schädigungssymptome abzulehnen. Die *Hauptmann*schen Feststellungen sind nicht dazu angetan, die Ansichten vom »Abklingen« posttraumatischer Beschwerden innerhalb einer befristeten Normalzeit (»zusammen mit dem Abklingen der chirurgischen Unfallfolgen«, *Reichardt*) zu stützen. Man soll, wenn man wie *Schwarz* (l. c. S. 237) die psychologischen Mechanismen, die auf geeigneten Fundamenten einen rentenneurotischen Komplex zu formen imstande sind, als »causal« und »final« verteilt, nicht alles auf die letztere Seite buchen. Man kann von der »seelischen Verarbeitung« ruhig auch noch ein Auge aufs Organische werfen.

In diesem Zusammenhang sind die Mitteilungen von *Gerhartz*[46]) über »chronische traumatische Gehirnschädigung« sehr lehrreich. Er kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Resultat, daß Fehlen eines klinisch-neurologischen Befundes nicht ohne weiteres zur Ablehnung organischer Veränderungen im Schädelinnern und zur Annahme einer reinen Neurose berech-

[45]) Arch. für Psychiatrie Bd. 96, S. 84ff.

[46]) *Gerhartz*, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 120, 1931, Seite 8ff. — Vgl. dazu wegen der Bedeutung des »Nasen-Adrenalin-Sondenversuchs« *Winkler* u. *Liebermann*, Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkde., Bd. 128, 1932, S. 253ff.

tige, auch nicht, wenn zweifellos psychogene oder hysterische Störungen zuaddiert sind. Er wünscht dringend, daß die Feinreaktionen zerebrospinaler Schädigung (Drucksteigerung, Liquorprobe, Nasen-Adrenalinsondenversuch) neben den neurologischen Symptomen umschriebener Läsionen des Gehirns und Rückenmarks häufiger bei der Untersuchung und Begutachtung Kopfverletzter herangezogen werden, als es bisher geschieht. Für alle traumatischen Hirnschädigungen gelte heute leider noch, daß sie häufiger sind und länger andauern, als gemeinhin angenommen werde.

Ich weiß wohl, daß schon beim Berliner Lehrgang *Joßmann* (l. c. S. 34) sehr bestimmt gegen diese Überlegungen aufgetreten ist. Er gebe wohl zu, daß enzephalographische Befunde als mehr oder minder wichtige Bestätigungen der Diagnose einer echten traumatischen Schädigung zu verwerten seien. Es liege aber eine »grundsätzlich mißverstehende Auffassung« der Diagnosestellung vor, wenn man diese Befunde als organische Repräsentanten rentenneurotischer Beschwerden auswerten wolle. Die Diagnose einer Rentenneurose sei nicht das Ergebnis einer Überlegung, die sich mit dem Ausschließen organischer Symptome begnüge, sei kein Subtraktionsexempel, sondern gründe sich vielmehr auf die »sehr positiven Kriterien des psychischen Verhaltens«. Durch nichts wird der Zwiespalt in der Auffassung der hier interessierenden Fragestellung deutlicher, als durch einen solchen Standpunkt. Man will doch nur die oft mehr subjektiven als positiven Kriterien, die durch das psychische Verhalten des Rentenneurotikers gegeben sein sollen, bei der Begutachtung besser fundieren. Ich sehe darin keine »erfahrungsferne Argumentation« (*Joßmann*), besonders wenn man sich an die Forderung des R. V. A. hinsichtlich der »medizinisch-biologischen« Wirkungen des Unfalls auf den körperlichen Zustand, d. h. des Entstehens des Schadens durch »Körperverletzung« erinnert.

Bei der bekannten Stellungnahme *Bonhoeffer*s ist die von *Joßmann* nicht zu verwundern. Schon 1926 hat sich ersterer nach *Schwab*s[47]) Mitteilungen auf der Kasseler Neurologen-Tagung 1925 etwas ironisch zu der diagnostischen Verwendung der enzephalographischen Befunde geäußert. Es werde wohl noch die Zeit kommen, »wo unsere Neurotiker uns als Beweis ihrer organischen Erkrankung die Röntgenbilder ihrer luftgefüllten Hirnhöhlen vorlegen«. In dieser Weise redet man an einander vorbei. Man sollte eigentlich kein Wort darüber zu verlieren brauchen, daß man durch einen enzephalographischen Befund nicht eine organische Fundierung der traumatischen Neurose

[47]) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 89, 1926.

(im Sinne *Bonhoeffers* usw.) erstrebt, sondern daß man nur durch den Ausschluß organischer Grundlagen das Vorliegen der psychologischen Reaktion der Unfallneurose erhärten will. Eine Veranlassung zur Wiederauflebung des alten Streites zwischen *Oppenheim* und seinen Gegnern (vgl. *Eliasberg*, l. c. S. 1390) ist dadurch nicht gegeben. Die Warnung eines so vorsichtigen Mannes wie *Foersters* in der Kasseler Diskussion soll man nicht überhören: Es laufen noch manche Fälle unter der Diagnose der traumatischen- oder Unfallneurose (mit allen gutachtlichen Konsequenzen), bei denen der enzephalographische Befund (posttraumatische Arachnitis) den Irrtum aufweist. Und *Hauptmann*[48]), der auf derselben Tagung der Unfallhysterie den »Krieg erklärte«, betonte damals, daß er sich nur gegen diese wende, aber nicht gegen die »postcommotionellen Beschwerden«, die man, auch wenn nicht die geringsten neurologischen Symptome vorhanden sind, immer anerkennen und entschädigen müsse. Ob unter den »Unfallneurosen« (Renten-, Sicherungs-, Entschädigungsreaktionen) nicht manche solcher Fälle sich befinden?

Aus der Alltagsfülle hebe ich folgenden nicht seltenen Fall hervor:

Paul, A., 27 Jahre, ein kräftiger Arbeiter, fast athletisch gebaut, 178 cm groß, 188 Pfund schwer. Er hatte schon am 21. 2. 1930 einen Unfall mit leichter Gehirnerschütterung, indem ihm ein Brett auf die linke Stirngegend fiel, ohne weitere Folgen. Am 19. 8. 1931 verunfallte er wieder dadurch, daß ihm eine ca. 2,5 m lange Holzwelle (16×24 cm in der Lichte), die an der Wand lehnte, auf den Hinterkopf fiel, während er in gebückter Stellung daneben arbeitete. Er war einige Minuten bewußtlos, hatte aber kein Erbrechen, sondern nur Kopfschmerzen und Ohrensausen. Bis 1. 9. 1931 war er krank geschrieben, dann nahm er die Arbeit wieder auf. Seitdem haben wir A. mehrfach gesehen, wenn er wegen seiner Beschwerden die Arbeit unterbrechen mußte, und zweimal für die zuständige Berufsgenossenschaft begutachtet. Erste klinische Aufnahme am 28. 9. 1931: heftiger Kopfschmerz, besonders links mit zeitweiligem Brechreiz, sonst Kopfdruck und Schwindel. Befund: Kniephänomen ++ (vielleicht re. Spur stärker als li.); Achillesreflex ++ (klonische Nachzuckungen beiderseits), re. spurweise stärker als li.; Pupillen re. weiter als li., Mundfacialis re. stärker innerviert als li.; Zunge etwas nach li. abweichend; doppelseitige mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit. Zweite Aufnahme am 8. 12. 1931: Schmerzen und Druck im Kopf, Schwindelgefühle, »Schwäche« im rechten Arm und Bein. Befund: Radiusperiostreflex li. Spur stärker als re.; Kniephänomen sehr lebhaft, li. spurweise stärker als re.; Achillesreflex sehr lebhaft, li. spurweise stärker als re.; li. Dorsalklonus; Bauchreflex re. stärker als li.; sonst wie früher. Dritte Aufnahme am 24. 3. 1932: Klagen dieselben wie früher, außerdem Stechen in der Herzgegend, Herzklopfen. Befund: Kniephänomen ++, li. viel stärker als re.; li. Patellarklonus angedeutet; Achillesreflex ++, li.

[48]) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 89, S. 53.

stärker als re.; Anconaeus- und Radiusperiostreflex li. stärker als re., sonst wie früher. Vierte Aufnahme am 29. 9. 32: Klagen wie früher, dazu Schmerzen im Kreuz, Schwächegefühle im re. Arm und Bein, außerdem Schwäche der Finger der li. Hand (besonders beim Gitarrespiel bemerkbar). Im Mai 1932 zweimal heftige Kopfschmerzen mit Erbrechen. Befund: Anconaeus- und Radiusperiostreflex links stärker als rechts; Kniephänomen ++, li. stärker als re. Achillesreflex li. ++ mit Dorsalklonus, re. +; Bauchreflex re. stärker als li.; sonst wie früher.

Bei einem sehr kräftigen Menschen hat ein Unfall mit nicht sehr schwerem anfänglichem kommotionellem Effekt lange Nachwirkungen hinterlassen. Die fast immer gleichen Beschwerden, die sich im Laufe der Zeit sogar in unbestimmter Weise ausdehnten, hätten den Verdacht auf rentenneurotische Unterlage erwecken können, wenn nicht bald die Reflexunterschiede zugunsten der linken Seite mit dazu stimmenden Differenzen der Hirnnerveninnervation dagegen gesprochen hätten. Die Seitenungleichheit der Reflexe prägte sich unter unserer Kontrolle mehr und mehr aus. Dieser Befund erklärte sich durch das am 1. 10. 1931 (also 10 Wochen nach dem Unfall) erhobene Enzephalogramm: Es fand sich eine leichte Erweiterung des Ventrikelssystems, besonders der re. Seite, mit einer Ausziehung des rechten Flügels der »Schmetterlingsfigur« nach oben und außen. Natürlich hätte in diesem Falle der ausgesprochene neurologische Befund trotz mancher psychogener Beigaben die Diagnose der »Unfallneurose« auch ohne Enzephalogramm verboten. Aber es ist doch ganz lehrreich, bestätigt zu sehen, daß es Fälle mit nicht sehr erheblicher Commotio cerebri gibt, wo die Unfallfolgen anstatt in der vorschriftsmäßigen Zeit abzuklingen, zunehmen, wo die Reflexkontrolle die subjektiven Klagen glaubhaft macht und das Enzephalogramm (Arachnitis mit asymmetrischem Hydrozephalus) diese und den neurologischen Befund zureichend erklärt. Man liest da in den Vordrucken für die Rentengutachten die Frage, ob »Gewöhnung«, natürlich mit der Konsequenz der Rentenverminderung, eingetreten sei. Gewöhnung wird praktisch mit Besserung gleichbedeutend erachtet. Wenn ein Zustand nur lange genug bestanden hat, braucht er dem Verunfallten nicht mehr so bedrückend zu sein. Für Verletzungsfolgen etwa im Sinne des Verlusts einiger Finger mag Gewöhnung sehr ausgleichend wirken; wie sich aber ein Mensch an Kopfweh und Schwindel »gewöhnen« soll, die wahrscheinlich gar nicht so selten durch einen (progressiven?) Hirnprozeß bedingt sind, ist unerfindlich.

Nach den bisherigen Ausführungen ist es unerläßlich, einen kurzen Blick in das juristische Lager zu tun und zu erörtern, wie sich die verschiedenen ärztlichen Ansichten in die Rechtsprechung einbauen, wenn ein nervös-psychischer Symptomen-

komplex als Unfallfolge zur Diskussion steht. Auch hier tut sich dem Beschauer mancher Zwiespalt auf. *Knoll* hat auf dem Berliner Lehrgang als Jurist ausführlich dazu Stellung genommen (l. c. S. 83ff.). Die Auseinandersetzung hinsichtlich der Unfallneurosen als erlebnisreaktiver Zustände unter dem Gesichtswinkel des Krankheitsbegriffes ist für uns Psychiater von außerordentlichem Interesse. Dagegen berührt sie den Juristen nicht. Er muß prüfen, ob das, was der Gesetzgeber mit »Krankheit« gemeint hat, auf den von dem Arzt gekennzeichneten Tatbestand zutrifft. Krankheit liegt im rechtlichen Sinne nur vor, wenn ein anormaler körperlicher Zustand gegeben ist, der die sachliche Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Gerade bei der Bemessung der letzteren liegen die Schwierigkeiten. Es ist für unser ärztliches Empfinden merkwürdig, daß die Rechtsprechung, wie schon oben angedeutet, Wert darauf legt, von uns zu erfahren, ob der Rentenbewerber sich seiner latenten Erwerbsfähigkeit bewußt sei. Das einzige Kriterium sei das Bewußtsein des Rentenbewerbers von seinem tatsächlichen Zustand. Dabei sei es gleichgültig, ob z. B. ein Unfallneurotiker von dem Arzt über die vorliegenden Zusammenhänge seiner Symptome mit einem Unfall oder mit Rentenwünschen aufgeklärt ist oder nicht. »Ein Wissen liegt niemals vor, solange lediglich eine Mitteilung gegeben ist, die der Empfänger nicht für wahr hält« (*Knoll*, l. c. S. 88).

Bei der Frage des ursächlichen Zusammenhanges ist Klarheit notwendig, was die Rechtsprechung darunter versteht, und daß es sich für sie nicht lediglich um eine naturwissenschaftliche, sondern auch um eine rechtliche Frage handelt. Sie verlangt eine Unterscheidung zwischen »Bedingung« und »Ursache«. Ereignisse, die man nicht wegdenken könnte, ohne daß damit ein bestimmtes anderes Ereignis ebenfalls wegfiele, sind wohl »Bedingungen« dieses bestimmten Ereignisses. Aber eine conditio sine qua non besagt noch nicht, daß ein Ereignis durch ein anderes verursacht worden sei. Bei dem Begriff der Verursachung handelt es sich nicht nur um die unerläßliche Bedingung zwischen der Existenz zweier Tatsachen, sondern darum, daß zwischen dem ersten und zweiten Ereignis eine »innere, wesenhafte, wirkende, gestaltende« Beziehung besteht (*Knoll*, l. c. S. 89). Es ist also rechtlich ohne Wert, wenn argumentiert wird: Wenn der Unfall nicht gewesen wäre, wäre die Neurose nicht. Der Nachweis des bloßen post hoc, den z. B. *Bing* (l. c. S. 494) von seinem Standpunkt als Schweizer im Gegensatz zu allem weitschweifigen und doktrinären Hin und Her vertritt, genügt nicht. Das Gesetz fordert den wesentlichen ursächlichen Zusammenhang. Dieser ist nicht gleichbedeutend mit der conditio sine qua non.

Die Schwierigkeit liegt, wie die Juristen selbst zugeben, darin, daß es eine gedanklich einwandfrei begrenzte und begründete Lehre von dem ursächlichen Zusammenhang nicht gibt, und daß »dem Richter letzten Endes nur der sogenannte gesunde Menschenverstand bleibe«, an den er im konkreten Falle, wenn die Parteien vor ihm stehen, appellieren kann (*Knoll*, l. c. S. 90). Wem fällt da nicht die beruhigende Versicherung ein: wem Gott ein Amt gibt, dem gibt er dazu auch den nötigen Verstand? Mit der Auslegung, es handele sich um eine »adäquate« Ursache dann, wenn sie den Erfolg wahrscheinlich macht, weil sie die generelle Tendenz hat, ihn herbeizuführen, oder wenn der Eintritt eines Ereignisses nach menschlicher Erfahrung über den naturgemäßen und gewöhnlichen Verlauf der Dinge im Bereich der Möglichkeit liegt, ist gerade bei den sogenannten Unfallneurosen wegen der individuell so verschiedenartigen dazwischengeschalteten psychischen Sachverhalte nicht viel anzufangen. Mit dem Begriff der »seelischen Verarbeitung« will der Jurist freilich sich überhaupt nicht befreunden. Er erkennt zwar für einen verschwindenden Bruchteil der Fälle einen mittelbaren, aber noch wesentlichen Zusammenhang an, wo der Unfall als Erinnerungsbild (Zwangsvorstellung, Phobie) störend auftritt und in ganz bestimmter Richtung das Handeln (Auto- oder Eisenbahnfahren) lähmt. Für das Gros der Fälle gibt es für ihn keinen wesentlichen Zusammenhang, mag die seelische Vermittlung zwischen Unfall und Neurose beschaffen sein, wie sie will. Die Unfallentschädigung dient dem Ersatz von Schäden (Körperverletzung im Sinne des § 555 R. V. O.), die der Unfall verursacht hat, aber nicht von Schädigungen, die im Zusammenhang mit dem Unfall oder gar mit dem Entschädigungsverfahren und dem Verhalten des Versicherten dabeistehen. Eine Trennung von Unfallneurose und Rentenneurose (vgl. *Eliasberg*, l. c. S. 1390), also zweier Begriffe, die man als ganz verschieden psychologisch motiviert betrachten müßte, kommt für den juristischen Standpunkt nicht in Frage.

Gerade bei der Aufzeigung der rechtlich erheblichen Ursache gegenüber der rechtlich nicht in Frage kommenden Bedingung erwächst dem vom Richter befragten Gutachter zwiespältige Schwierigkeit. Auch die grundsätzliche Entscheidung des R. V. A. verlangt für die Anerkennung der Unfallfolgen, daß der voraufgegangene Unfall eine »wesentliche Ursache« der Erwerbsunfähigkeit darstelle[49]). Der Jurist sagt heute einfach (und erinnert etwas an die Geschichte von dem gordischen Knoten, vgl. *Fr. Schultze*,

[49]) Daß das Reichsgericht sich verschiedentlich auf einen anderen Standpunkt gestellt hat (Entscheidung vom 12. 11. 1928 u. 21. 2. 1929), sei nur nebenbei bemerkt.

l. c. S. 600), die Unfallneurose beruhe im wesentlichen auf Einflüssen, die mit dem Unfall nichts zu tun haben, d. h. auf den Wünschen und Strebungen, die sich im allgemeinen auf die Rente richten, und »der angebliche Zusammenhang mit dem Unfall beschränke sich lediglich darauf, daß, wenn der Unfall nicht gewesen wäre, der Rentenbewerber vermutlich nicht imstande gewesen wäre, sich zur selben Zeit und in derselben Weise in den Gedanken geschädigt und entschädigungsberechtigt zu sein, hineinzuleben« (*Knoll*, l. c. S. 93). Er dreht also den Spieß des Rentenneurotikers (»wäre ich nicht verunfallt, so wäre ich nicht geschädigt«) kurzer Hand um. Als allein wesentliche wirkende Ursache bei der Unfallneurose wird in der durchschnittlichen Praxis nur das Begehren nach Rente, nach Lebenssicherung, nach Befreiung von einem seelischen unerträglichen Zustand oder sonstwas angesehen, der Unfall selbst aber nur als eine gewisse Voraussetzung oder gedankliche Bedingung oder als der äußere Anlaß dafür, daß diese Begehrungen wirksam werden konnten. So wird dann der wesentliche ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Unfallneurose verneint. Man wird also mit der Annahme nicht fehlgehen, daß die in Betracht kommenden Instanzen allermeist bei ihrem Spruch sich der grundsätzlichen Entscheidung des R. V. A. vom 24. 9. 26 bedienen werden, zumal sie von der Überzeugung ausgehen müssen, daß diese der Ausdruck der derzeitigen ärztlich-wissenschaftlichen Erkenntnis sei. Die Bedenken, daß etwa organische Unfallschädigungen durch psychogene Überlagerungen verdeckt oder Folgezustände von Gehirnerschütterungen als psychologische Reaktion verkannt werden könnten, werden mit dem Hinweis auf den Glauben an eine pflichtmäßig ordentliche Sachverständigkeit der begutachtenden Ärzte entkräftet.

Den juristischen Ausführungen von *Wittgenstein* (bei *Riese*, l. c. S. 9ff.) ist zu entnehmen, daß die Anschauung irrig sei, das R. V. A. lehne die Möglichkeit rein nervöser Erkrankungen im Zusammenhang mit einem Unfall völlig ab. Verneint werde der wesentliche ursächliche Zusammenhang (»im Sinne der Anschauungen des praktischen Lebens«) nur dann, wenn nach dem Unfall hinzutretende Umstände eine derartig neue, selbständige Schadensquelle bilden, daß der Unfall als Ursache ausscheidet. Als derartige Umstände erkennt das R. V. A., namentlich auf Grund der Darlegungen von *Stier* eben die wunschbedingten Vorstellungen. Voraussetzung einer Entschädigung aus der Unfallversicherung sei (vgl. die Ausführungen von *Knoll*) nicht nur das Vorliegen eines Schadens — Beschränkung der Erwerbsfähigkeit —, sondern nach § 555 R. V. O. müsse der Schaden auch durch die Körperverletzung entstanden sein. Dieser Tatbestand treffe aber nicht zu, wenn die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit »nicht auf medizinisch-biologischen Wirkungen des Unfalls oder Unfallerlebnisses auf den körperlichen oder seelischen Zustand«, sondern lediglich auf »Vorstellungen oder Wünschen« der Versicherten beruhe, und der Unfall nur der äußere Anlaß sei, sich mit dem Gedanken

an eine Entschädigung zu beschäftigen. Selbstverständlich könne die Verneinung der Kausalbeziehungen zwischen Unfall und Schaden nicht gelten, wenn die neurotischen Erscheinungen nur Begleitsymptome einer unfallbedingten organischen Erkrankung seien. *Wittgenstein* meint, daß die Ausführungen des R. V. A. die Annahme nicht ausschlössen, daß ein Unfall auch rein nervöse Störungen auslösen könne, die nicht wunschbedingt sind. Wenn auch das R. V. A. die Lehre von der wunschbedingten traumatischen Neurose als eine »fundamentale wissenschaftliche Erkenntnis« ansähe, und wenn man auch aus gewissen Wendungen entnehmen könne, daß es »Unfallneurosen» ausnahmslos für wunschbedingt halte, so könnten doch Ausnahmefälle nicht ausgeschlossen werden. Die wunschbedingten Reaktionen gehörten nach der Auffassung des R. V. A. nicht zum Begriff der Unfallneurose. Sie seien — wie die Juristen sagen — »das naturale, aber nicht ein essentiale nervöser, mit dem Unfall in Zusammenhang stehender Erscheinungen«. Die präsumptio facti des R. V. A., es handle sich bei nervösen Störungen nach Unfall um wunschbedingte Reaktionen, könne in einem Streitverfahren durch überzeugende wissenschaftliche Gutachten ärztlicher Sachverständiger entkräftet werden. »Die Stellungnahme des R. V. A. gipfelt also in einer im Einzelfalle widerlegbaren tatsächlichen Vermutung zugunsten der Annahme wunschbedingter Störungen« (l. c. S. 14).

Diese Darlegungen nehmen der grundsätzlichen Entscheidung des R. V. A. zweifellos das Verhängnisvolle des Dogmas. Um so dringlicher erscheint die Pflicht des Sachverständigen, sich der ihm gegebenen Möglichkeit der Beeinflussung der richterlichen Entscheidung durch ein überzeugendes Gutachten zu erinnern. Ich fürchte nur, daß dadurch praktisch nicht viel gewonnen sein wird. Denn wie schwer der zugkräftige Nachweis ist, daß der Unfall oder das Unfallerlebnis primär »medizinisch-biologisch« und nicht nur auf dem Umwege von Vorstellungen oder Wünschen auf den körperlichen oder seelischen Zustand des Verunfallten gewirkt habe, bedarf keiner Erörterung. Bei der Entscheidung so subjektiver Fragen wird das Zünglein der Waage sich natürlich nach der Seite neigen, wo der Richter die heutige »fundamentale Erkenntnis« der medizinischen Wissenschaft sieht. Ein Mann von der Autorität *Reichardts* hat sie erst letzthin nochmals klar und bündig formuliert. »Von vornherein unbestreitbar ist, daß die Zweckreaktionen (hysterische Reaktionen und Simulation) keine medizinische Folge des Unfalls sein können.« Aber er geht noch weiter: »Ob und inwieweit im übrigen eine Entschädigungsreaktion, auch wenn sie medizinisch keine Folge des Unfalls ist, trotzdem als entschädigungspflichtig anzusehen ist, dies ist eine rein rechtliche Frage, die den Gutachter im einzelnen Falle gar nichts angeht...« (A., S. 102). So schiebts der Richter auf den Arzt und der Gutachter auf den Richter, und dazwischen steht das Schicksal des Verunfallten.

Wenn nur die Sicherheit, mit der in der zur Gewohnheit gewordenen Gutachterpraxis gearbeitet wird, etwas größer wäre!

Aber man kann da bis zu gewissem Grade die ehrliche Skepsis *v. Weizsäcker*s begreifen, der von einem »täglichen Opfer der Intelligenz« spricht, das uns ein sogenanntes objektives Gutachten auferlege. »Es ist nicht wahr, daß ich objektiv feststellen kann, ob ein Mensch Kopfweh hat oder nicht, es ist nicht wahr, daß ich objektiv urteilen kann, ob er deswegen arbeiten kann oder nicht, und es ist nicht wahr, daß ich objektiv wissen kann, ob das Trauma die Ursache dieses Zustandes ist oder nicht. Es ist nicht wahr, daß dies alles aus den Methoden der objektiven Medizin zu entscheiden ist, und wir sind es der Laienwelt ebenso schuldig wie dem Geiste objektiver Forschung, daß wir es auch bekennen, daß es nicht wahr ist« (l. c. Seite 36).

Dazu kommt noch: wenn das R. V. A. auch den wesentlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und »Wunschneurose« und damit Entschädigungsansprüche ablehnt, so bestreitet es doch nicht, daß es sich auch bei der letzteren um krankhafte Störungen handeln könne, die eine fühlbare Einbuße der Erwerbsfähigkeit des Versicherten herbeiführen könnten. Voraussetzung für den Begriff des Krankhaften ist, wie schon oben erwähnt, nur, daß der Versicherte sich der bei ihm tatsächlich bestehenden Erwerbsfähigkeit »nicht bewußt« ist. In diesem Falle stehen dem Wunschneurotiker die Leistungen der Krankenkasse, der Angestellten- und Knappschaftsversicherung und schließlich die Invalidenrente zu. Vom Rechtsstandpunkt aus ist das alles ganz in Ordnung, von dem des gesunden Menschenverstandes des Arztes erhebt sich unwillkürlich die Frage, warum ein- und derselbe »Wunschneurotiker« an der einen Türe wegen § 555 R. V. O. abgewiesen wird, um bei der anderen anstandslos eingelassen zu werden. Auch *v. Weizsäcker* bemerkt dazu: »Es ist sozialpolitisch sinnlos, einen schlechthin unberechtigten Versicherungsanspruch in einem Institut zu negieren, wenn er im anderen Institut wieder bejaht wird« (l. c. S. 50). Eine gesunde Sozialpolitik ist nicht richtig durchzuführen, wenn Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung gegeneinander arbeiten.

So ist es nicht verwunderlich, daß es manche Fachgenossen gibt, die wegen der offenbaren Unsicherheit in der Praxis der Ursachenlehre nach einer Änderung der Situation rufen. Ich sehe dabei ganz von *Hoche* ab, dessen Deduktionen (vgl. das Beispiel von der progressiven Paralyse, l. c. S. 61) hinlänglich bekannt sind. Auch der in der hier interessierenden Frage sehr maßvolle *Wilmanns* (Lehrgang, S. 80) ist von »der Übertragung der richterlichen Beurteilung der nicht adäquaten Folgen einer Körperverletzung auf die Unfallgesetzgebung nicht restlos befriedigt«.

Ein unkompliziertes Beispiel typischer Konstellation mag die Situation verdeutlichen:

Ein 18 jähriger Gymnasiast, früher nie krank und auch sonst nicht auffällig, bekommt am 19. 9. 29 vormittags 10 Uhr auf dem Schulhofe mit dem Schlagballholz von einem Mitschüler einen Schlag gegen die rechte Kopfseite. Er bricht nicht zusammen, zeigt auch sonst keine Symptome einer Commotio, nicht einmal eine ausgesprochene Schreckreaktion, sondern geht zum Klassenlehrer und bittet um Ausstand für die nächste Schulstunde. Er verfügt sich dann in das Klassenzimmer, legt sich dort auf eine Bank und verfällt in einen dämmerhaften Schlafzustand. Gerüttelt, macht er Abwehrbewegungen: »Geht weg, ihr Rindviecher«. Ein gerufener Arzt ordnet einen Transport ins Elternhaus durch Krankenwagen an. Dort erschien er »bewußtlos« und wurde zu Bett gebracht. Kurz vor 2 Uhr wacht er »mit einem Ruck« auf, steht aus dem Bett auf, geht ans Klavier und spielt wie ein »Halbwilder«, wie der Vater sagt. Dann sinkt er zusammen und wird wieder ins Bett gebracht. Von alledem weiß der Patient später nichts; er hat eine Erinnerungslücke, die mit dem Schlag gegen den Schädel einsetzt. Der Hausarzt stellt am Unfallstag außer einer »geringen Rötung und Schwellung der rechten oberen behaarten Kopfseite« keine Verletzung fest. Der junge Mann hat am selben Tag, als er »wieder ganz bei sich war«, gegessen und getrunken, nicht erbrochen und auf Fragen geordnet geantwortet. Er klagte aber sofort über dumpfen Druck im Kopf, Flimmern vor den Augen, Schmerzgefühl beim Lesen und später über große Empfindlichkeit gegen Geräusche und schlechten Schlaf. Er wurde drei Wochen zu Bett gehalten, weil er sich bei Aufstehversuchen sehr unsicher auf den Beinen fühlte und sich an den Wänden entlang tastete, wenn er z. B. auf das Klosett ging. Als Pat. endlich das Bettlager aufgab, bestand eine starke Störung des Gleichgewichts beim Gehen und Stehen. Er stand ganz breitbeinig und ging nur mit Hilfe von zwei Stöcken. Diese Geh- und Stehstörung war noch voll entwickelt, als ich ihn am 5. 11. 29, also acht Wochen nach dem »Unfall«, sah. Er klagte noch über stechenden Kopfschmerz in beiden Schläfen und in den Augen, unwillkürliche Zuckungen in Armen und Beinen und Müdigkeit bei geistiger Arbeit. Der Untersuchungsbefund war absolut negativ. Auch kurze klinische Beobachtung förderte nichts anderes zutage. Am 25. 11. 1929 nahm Pat. den Schulbesuch wieder auf, machte planmäßig Frühjahr 1931 sein Abiturium und studiert nun physikalische Chemie. Die Familiengeschichte ist belanglos; bemerkenswert ist nur, daß der Vater 1915 durch eine Granatexplosion eine Verschlimmerung eines alten Ohrleidens erlitt und deshalb bis 1923 Rente bezog. Er ist sicher ein etwas querulierender Neurastheniker.

Es ist klar, daß es sich bei dem Gymnasiasten um einen hysterischen Dämmerzustand in unmittelbarem Anschluß an eine leichte Kopfverletzung handelte, aus dem er mit einer langdauernden Steh- und Gehstörung neben allerhand subjektiven nervösen Beschwerden hervorging. Die Motivierung der Symptome ist nicht durchsichtig. Rentenwünsche oder sonstige materielle Begehrungsvorstellungen kommen nicht in Frage. Andere »Zwecke«, wie Schulbefreiung, waren nicht beweisbar, da Pat. als guter Schüler keine Veranlassung hatte, Schule oder Lehrern gegenüber irgendeine Schutz- oder Sicherungsposition zu gewinnen. Ob er sich durch den Unfall zeitweilig im Elternhause eine dominierende Stellung verschaffen

oder sich überhaupt nur einmal aus einem gewissen Geltungsbedürfnis heraus aufspielen wollte, das alles liegt im Bereich des Möglichen, aber nicht des Beweises. Man kann zu der Hypothese greifen, daß eine ungewöhnliche (»psychopathische«) Veranlagung bei dem jungen Mann nach so leichter Verletzung zu so schwerer und langdauernder Reaktion führte. Zu einer solchen Annahme war bis zum »Unfall« nicht die mindeste Veranlassung gewesen. Das Faktum des Unfalls ist aus der Kette der Ereignisse nicht wegzudisputieren, und was zwischen ihm und der darauf folgenden monatelangen krankhaften Verhaltungsweise als Bindeglied liegt, weiß niemand. »Der Neurose selbst vermag man es nicht anzusehen, wie ihre Genese war« (*Wilmanns*, l. c. S. 79). Immerhin ein recht beachtlicher Ausspruch von so kompetenter Seite! Nach der heutigen Rechtsauslegung auf Grund des jetzigen medizinischen Erkenntnisstandpunktes waren in dem geschilderten Falle weder die Voraussetzungen für eine etwaige Haftpflicht des Täters, noch für eine Entschädigungspflicht der Unfallfolgen seitens einer Versicherung gegeben, weil — ganz abgesehen von dem bekannten § 7 Abs. 4 der Privatversicherungsbedingungen — weder der »Schaden« als adäquate Folge des Schlages, noch dieser als wesentliche Ursache der psychogenen Erkrankung angesehen worden wäre.

Da steht der Zwiespalt: »Für die Entscheidung darüber, welche Bedingungen oder Voraussetzungen als wesentliche Ursache anzusehen sind, verweist die Rechtsprechung den Richter offen an den gesunden Menschenverstand« (*Knoll*, l. c. S. 91). Das ist aber dieselbe Instanz, die vom »natürlichen Empfinden aus« entscheidet, daß »ohne den Unfall die ganze seelische und rechtliche Konstellation nicht entstanden wäre« (*Hoche*, l. c. S. 61).

Nun wird man aber sagen, daß hier ein ganz unfruchtbarer Denkumweg vorliege, weil mit der Konstatierung der hysterischen Reaktion auf den Unfall nach der heute geltenden Lehre auch die Ursache der Reaktion, das Zweck- oder Wunschmotiv, also eine nicht wesentliche Ursache, erwiesen sei. Dieser Einwand bedingt eine Betrachtung der heutigen Umgrenzung der Begriffe Psychogenie und Hysterie, mit denen man in der Frage der Unfallneurose wirtschaftet. Diejenigen, die am konsequentesten der sogenannten Unfallneurose zuleibe gehen, erwarten von einem Abbau der Hysterie infolge der Umstellung der ärztlichen Anschauung (*Seelert*) oder durch eine Beseitigung des alten Krankheitsbegriffes der Hysterie »als das Ergebnis gradlinig fortschreitender wissenschaftlicher Forschungen« (4. Leitsatz von *Stier*) das Heil. Daß Psychogenie viel mehr umfaßt als das, was man mit dem Worte Hysterie bezeichnete, ist klar. Nicht so selbstverständlich und glücklich erscheint mir seine Auslegung als nur zweck- und

wunschbetonte psychogene Reaktionen. Noch in seiner neuesten Arbeit (A., S. 2) definiert *Reichardt* »psychogen« und »hysterisch« verschieden. Die psychogene Reaktion ist auf die Fälle zu beschränken, bei welchen (nach *Bumke*) eine körperliche Störung oder ein seelischer Ausnahmezustand aus der Erwartung des Patienten entsteht, daß er die Störung bekommen könne. Ist diese Erwartung mit dem Wunsch danach gepaart oder dieser sogar vorherrschend, liegt also ein besonderes Streben oder Zweckmotiv im Sinne der Krankheitsdarstellung vor, so kann man die Störung hysterisch nennen. Bei der hysterischen Reaktion besteht grundsätzlich die Tendenz, etwas für die eigene Person Günstiges zu erzielen, wenn es sich auch nicht immer um die Motive der Gewinnsucht und Begehrlichkeit dreht. Oft handele es sich um Vergeltungswünsche, Ressentiments oder um Ausweichreaktionen (A., S. 43). Der Gutachter hat der Frage nachzugehen, ob eine reine Erwartungsreaktion oder eine Wunsch- und Zweckreaktion vorliege. Ich meine: Das dürfte nicht immer ganz leicht sein. Warum hat man das Wort Hysterie nicht ad acta gelegt und durch Zweckpsychogenie oder nach dem Vorschlag von *Braun*[50]) durch Epithymie ersetzt? Wahrscheinlich deshalb nicht, weil an dem umfassenden Terminus Hysterie außer der Reaktion auch die »hysterische Persönlichkeit«, der »hysterische Charakter« und die »hysterische Psychopathie« hängen, bei denen — das ist uralte Erkenntnis — Verstellung, Berechnung, Krankheitsgewinn u. a. m. im Spiele sind, die aber mit der bloßen Wunsch- und Zweckdefinition nicht erklärt werden. Überträgt man diese glatt auf die psychogenen Unfallfolgen, so versteht es sich von selbst, daß man den adäquaten ursächlichen Zusammenhang leugnet. Denn dann »erlebt« der Mensch streng genommen den Unfall nur »zum Zweck« oder schlachtet ihn mindestens, die in Hinsicht auf seine psychische und materielle Lage günstige Gelegenheit beim Schopfe packend, zweckvoll aus. Aber da tauchen einem doch gewisse Zweifel auf. Auch die Vertreter des Zweckbegriffes bei der hysterischen Reaktion fühlen sich auf ihrem Standpunkt nicht ganz sicher. Denn sie sprechen ja nicht bloß von nacktem Zweck und Wunsch, sondern überall tut sich ihm noch der mildernde Zusatz »mehr oder minder bewußt« als Mäntelchen um (vgl. auch die grundsätzliche Entscheidung des R. V. A. vom 24. 9. 26). Die Situation liegt also anscheinend nicht in der hellen Sonne, sondern in einer Art von Zwielicht, wo nicht alles so klar ist.

Um jetzt beliebte psychische Schichtungsbegriffe zu gebrauchen: Man kann nicht genau sagen, welchen Anteil die II. Schicht der sogenannten

---

50) *Braun, E.*, Psychogene Reaktionen, Handb. d. Geisteskr. v. Bumke, Bd. 5.

Typhlo- und welchen die III. der sogenannten Sophropsyche, gar nicht zu reden von der I. biologisch-somatischen Schicht mit ihren primitiven vasomotorischen und vegetativen Mechanismen an den hysterischen Vorgängen haben. Von den letzteren biologisch präformierten (»unbewußten«) Mechanismen (vgl. *Kretschmer*[51]) und unten *Bing*) gibt es über die biologische »typhlopsychogene« Reaktionsstufe fließende Übergänge zur »sphärischen sophropsychogenen« (Epithymie) und endlich zur Simulation (*Braun*, l. c.).

Ich kann *Joßmann* (Lehrgang, S. 34 u. 35) nicht beipflichten, der die Erörterung der Begriffe »bewußt« und »unbewußt« (*Kretschmer* sagt dafür »rational« und »instinktiv«) als eine unbrauchbare Polemik ausgeschaltet wissen will, weil es eine Verkennung des Sinnes der ganzen Fragestellung bedeute, wenn man »sich in der Beantwortung auf die letzten weltanschaulichen und erkenntnistheoretischen Probleme berufen zu müssen glaube«. Wir machen die Situation in Wirklichkeit nicht klarer, wenn wir mit *Joßmann* die »konkrete Frage der Begutachtung, die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis, in den Gegebenheiten des klinischen Befundes beantwortet« sehen, dessen Verhalten sich grundsätzlich in nichts von anderen hysterisch-reaktiven Zuständen mit dem treibenden Motiv der Wunscheinstellung, der Sicherungstendenzen usw. unterscheide. Es dreht sich ja gerade um die Deutung der »Gegebenheiten des klinischen Befundes«, die durch die Formel: Unfallneurose = Hysterie = Zweckpsychogenie nicht voll und gerecht erschöpft scheinen.

Bewußte Wünsche, Strebungen und Zwecke, die sich der Krankheitssymptomatik bedienen, sind gleichbedeutend mit Simulation und scheiden, wie schon oben erwähnt, bei der uns interessierenden Fragestellung aus. Zu ihrer Erkennung hilft uns die Sachverständigkeit, wenn auch die Grenzen nicht überall scharf sind. Aber wie ist es mit unbewußten Wunscheinstellungen und Zwecken? Eigentlich gibt es keine unbewußte Zweckverfolgung. Mindestens können wir das, was uns als objektiven Betrachtern auf einen Zweck gerichtet scheint, dem anderen nicht zur Last legen, wenn er die Situation bewußt anders sieht als wir. Wir können nicht einmal dem Unfallhysteriker den unbewußten Zweck bewußt machen, um dadurch die Krankheitssymptome zu beseitigen oder mindestens die Rechtslage grundsätzlich zu ändern. Denn die Vermittlung eines »Wissens« ist selbst nach der Auffassung der Rechtsprechung (vgl. oben) nutzlos, wenn der Belehrte an den

---

[51]) *Kretschmer*, Über Hysterie, 2. Aufl. 1927, Leipzig, G. Thieme. »Hysterisch nennen wir vorwiegend solche psychogene Reaktionsformen, wo eine Verstellungstendenz sich instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen bedient« (S. 4).

mitgeteilten Sachverhaltzusammenhang nicht glaubt. Man fällt von einem Dilemma ins andere. *Hoche* hat offen gesagt, daß die Motivlehre in der Hysterie höchst unbefriedigend, dunkel und unklar sei, und daß ihre neueste Definition (lediglich in der Richtung von Interesse, Motiv, Spekulation oder Zweck) »nicht einer zwingenden Erkenntnis, sondern einer auf Zeit gültigen Verabredung ihre Entstehung verdankt« (l. c. S. 56). Das ist ein hartes Wort, hat aber den Vorzug, daß es aller Mode gegenüber zur Skepsis rät. Wer weiß, was sie uns morgen bringt? Die Eigenschaft der Motivierung und Situationsabhängigkeit der hysterischen Symptome, ein allem Psychogenen eignender Charakter, wäre übrigens, darauf hat auch *Moser* (l. c. S. 824 und 825) aufmerksam gemacht, zum mindesten noch kein Argument gegen ihre Krankhaftigkeit. Das Wesentliche ist das Ausmaß der Reaktion selbst und sogar das Mitsprechen von Willenstendenzen oder Motivierungen, die vom moralischen Standpunkt aus zu verwerfen seien, schlössen die krankhafte Natur des Effektes nicht aus.

Die Anhänger des reinen Zwecksinnes der Hysterie und deshalb auch konsequenten Leugner des kausalen wesentlichen Zusammenhanges zwischen jedem Unfallerlebnis und jeder Unfallneurose lassen sich aber auf keine Erörterungen ein, sondern berufen sich auf die klinische »Erfahrung«, z. B. des Schwindens der Symptome nach Rentenentzug oder Abfindung (»Heilung durch Geld«) usw. als Beweis ihrer Auffassung und geben nicht zu, daß das angeblich so aufgezeigte Interessenmotiv — ich zitiere wiederum *Hoche* — nicht das Geringste über das Wesen des dadurch ausgelösten Vorganges, d. h. der Hysterie und damit auch der Unfallneurose, uns erfahren läßt. Die Hysterie ist immer noch nicht »entlarvt« (*Hoche*[52])). *Reichardt* (A., S. 44) meint freilich, eine Entlarvung der Hysterie sei weder beabsichtigt, noch notwendig, namentlich was die seelisch-körperlichen Zusammenhänge betreffe. Es drehe sich nur um eine möglichst genaue Begriffsbestimmung und um eine Aufgabe der medizinischen und psychologischen Diagnostik, die Wunsch- und Zweckreaktion in jedem Einzelfalle richtig zu erkennen. Nur die psychogenen Reaktionen im Sinne von Wunsch und Zweck seien »Hysterie«. Dann bleibt für meine Auffassung die Behauptung doch richtig, daß es sich um eine »auf Zeit gültige Verabredung« (Konvention) handele, die sich von der Diagnostik einer Hinterstrangerkrankung aus dem Fehlen der Kniescheibenreflexe wesentlich unterscheidet. Vor 30 Jahren hat ein so erfahrener Kliniker wie *Binswanger*[53]) gewarnt: »der Satz, die Hysterie entstehe ohne jede Ausnahme aus

[52]) Dtsch. med. Wochenschr. 1932, Nr. 1—3.
[53]) *Binswanger, O.,* Die Hysterie, Wien, 1904.

psychischen Vorgängen, sei noch nicht bewiesen und könne auch nicht bewiesen werden« (l. c., S. 14). Daran hat die Zeit nicht viel geändert. Man wird nur ein bißchen belächelt, wenn man heute noch so etwas behauptet. Wie man sich aber bei einer rein psychologisch verständlichen Ausdeutung der Hysterie mit den Tatsachen im Hysterieproblem abfinden soll, die das Heranziehen physiopathologischer Gesichtspunkte notwendig machen (plötzlich nach Unfällen auftretende Hemianästhesien, an postenzephalitische oder sonstige striäre Symptome erinnernde Zustandsbilder usw.), ist eine offene Frage. Daß bei der Gestaltung psychogener Symptome im anatomischen Aufbau und in der physiologischen Organisation unserer Nervenzentren »fertig bereitliegende Schablonen« wesentlich mitwirken, das hat *Bing* (in der Richtung *Kretschmer*s gehend) wieder betont (l. c., S. 511, 525/26). Leider hat man solche Dinge im Streite der Meinungen ganz vergessen. Vielleicht ist es aber doch besser, die Tatsache des Vorhandenseins schwerer hysterischer Symptome im Bilde einer »Unfallneurose« zur Veranlassung zu nehmen, ernstlich über ihren kausalen Zusammenhang mit »medizinisch-biologischen« Wirkungen des Unfalls nachzudenken, als daraus die grundsätzliche Notwendigkeit der Ablehnung unter dem Gesichtswinkel des kausal nicht adäquaten Wunsch- und Zweckmotivs abzuleiten. Unser Wissen ist — auch in der Hysteriefrage — Stückwerk. *Reichardt* (A.., S. 62) machen alle diese Überlegungen keine sonderlichen Skrupel. Er sagt ja, daß zahlreiche reaktive seelische und nervöse Erscheinungen nach entschädigungspflichtigen Unfällen medizinisch auch dann keine Folge des Unfalls selbst zu sein brauchen, wenn Rentenschwindel oder Vortäuschung ausgeschlossen ist, wenn die Reaktion durchaus echt ist und wenn der Reagierende seinen Zustand bona fide für Unfallfolge hält, selbst dann nicht, wenn er unter seiner Reaktion leidet. Was Folge des Unfalls sei oder sein könne, lehrten nur die Erfahrungen nach nichtentschädigungspflichtigen Unfällen.

Ob es erlaubt ist, aus der Gegenüberstellung der verschiedenen ärztlich-juristischen Erwägungen praktische, auf eine Abänderung der jetzigen Sachlage hinzielende Schlußfolgerungen zu ziehen? Ich glaube wohl mit Sicherheit annehmen zu können, daß trotz der Aufzeigung gewisser Zwiespältigkeiten der Situation keiner im Ernst darauf hinaus will, die klinische Ansicht heutiger Tage auf eine »prähistorische« Stufe zurückzuschrauben, auch wenn er sich nicht ganz zu der Auffassung der »gradlinig fortschreitenden wissenschaftlichen Forschungen« (im Sinne *Stiers*) bekennen will. Man kann deshalb auf allen Seiten in den Grenzen ruhigen Meinungsaustausches bleiben und braucht nicht gleich »erstaunt zu sein,

bis in die neueste Zeit hinein immer wieder Publikationen lesen zu müssen, die Zweifel an der zutage geförderten psychogenen Natur des rentenneurotischen Syndroms und damit Bedenken über seine versicherungsrechtliche Beurteilung enthalten« (*Schwarz*, l.c. S. 231). Es dreht sich ja eigentlich bei den Zweifeln weniger um solche an der Berechtigung der Beurteilung des unfallneurotischen Syndroms als psychogener Zustände, sondern an der durchgängigen Identifizierung dieser mit Zweck und Wunsch und an der Richtigkeit des Beginnens, das Meiste, was sich an einen Unfall anschließt, in diesem rentenneurotischen Syndrom aufgehen zu lassen. Persönliche Eigenart des Begutachters und nicht zum wenigsten Verschiedenheit des Begutachtungsmaterials machen gewisse Auffassungsdifferenzen verständlich. Wenn aber einer prinzipiell sich in der jetzigen Situation besonders wohl zu fühlen glaubt, so empfehle ich ihm dringend, in den Spiegel zu sehen, den uns *v. Weizsäcker* in seinen Ausführungen über »die soziologische Stellung der Klinik« (l. c. S. 6ff.) vorhält.

Wie stehts bisher? Nach dem Grundsatz: »quieta non movere« sind die Meisten Änderungen der jetzigen Sachlage abgeneigt. Selbstverständlich alle diejenigen, welche die heutige Übereinstimmung der Fachgenossen und Juristen in den grundsätzlichen Fragen (Unfallneurose = Rentenneurose = Zweckpsychogenie) betonen, die bestehenden Unstimmigkeiten als ganz bedeutungslos betrachten und in der Entscheidung des R. V. A. vom 24. 9. 26 die zweckmäßigste und gerechteste Regulierungsbasis sehen (*Bonhoeffer* und seine Schule, *Kleist*, *Reichardt* u. a.). Für andere ergeben sich in der gutachtlichen Tätigkeit keine grundlegenden Bedenken gegen die herrschende Praxis, obwohl sie in der theoretischen Begründung davon abweichen (*Kronfeld*). Die vielleicht nicht geringe Zahl von Gutachtern, die aus Bequemlichkeit die »herrschende Lehre« mitmachen, schaltet aus. Es darf aber nicht unerwähnt bleiben, daß sich da und dort, und nicht etwa an belanglosen Stellen, die Überzeugung aufgedrängt hat, daß man aus ärztlichen und rechtlichen Gründen zu einer anderen Lösung der strittigen Punkte in der Unfallbegutachtung kommen müsse, und zwar nicht vom Individuum, sondern von der Allgemeinheit her. *Bumke*, *Wilmanns* (l. c. S. 80), *H. Hoffmann* u. a. wollen in der Unfallbegutachtung etwas Grundsätzliches geändert sehen, die Gesetzgebung. »Das Gesetz hat die Unfallneurose geschaffen, das Gesetz soll sie beseitigen« (*Hoche*, l. c. S. 67). Auch *Klieneberger* (l. c. S. 463 u. 469) hat jüngst ausgesprochen, das Unfallereignis und Unfallerleben müsse jede lebensgestaltende, jede lebenssichernde, jede lebensentschuldigende Bedeutung durch wirtschaftliche und gesetzliche Lösung

verlieren. Dann hört natürlich mancher Streit, die mehr oder weniger subjektive Ausdeutung von »grundsätzlichen Entscheidungen« nach den Richtlinien des juristischen »gesunden Menschenverstandes«, das Wirtschaften mit dehnbaren Begriffen wie Rentenbegehrungsvorstellungen oder Zweckpsychogenie, die auch von *Schwarz* (l. c.) als höchst unzweckmäßig getadelte, oft über Jahre sich hinziehende Begutachtungstragödie, in der die Tatsache des Krankseins das eigentliche Streitobjekt bildet (*Bing*, l. c. S. 493), auf.

Zum letzten Punkt ein beliebiges Beispiel aus der jüngsten Zeit: Ein 47jähriger Werkmeister erleidet am 18. 2. 1929 einen Unfall (Schlag eines 45 mm breiten abspringenden Treibriemens gegen die rechte Schläfe) mit leichter Commotio cerebri. Sechs Monate lange »Behandlung« in einem Krankenhaus mit Bettruhe und Eisbeutel auf dem Kopf! In suggestiver Absicht gelegentlicher Hinweis auf die mögliche Notwendigkeit einer »Schädeleröffnung«. Entwicklung einer schweren hysterischen Reaktion, die sich beim ersten Versuch des Aufstehens in Abasie-Astasie kundgibt. Vom 3. 8.—4. 9. 1929 Beobachtung und fruchtlose Behandlung in Bergmannswohl. Richtige Beurteilung des Krankheitsfalles und Schätzung der Unfallfolgen auf 25%. Mit Hilfe einer bekannten »Organisation der Arbeitsinvaliden und deren Hinterbliebenen« und eines ganz unsachverständigen Gutachtens eines Sanitätsrats Berufung gegen den Bescheid der Berufsgenossenschaft beim O. V. A., das am 17. 1. 30 den Bescheid aufhebt und bis auf weiteres 100% Rente und ein Pflegegeld von monatlich 25 Mark festsetzt. Nach einer neuerlichen Beobachtung und Begutachtung in einem Krankenhause durch einen Facharzt (unmittelbare Unfallfolgen 20—30%, mittelbare 50%) äußert sich *Quensel* am 24. 9. 30 noch einmal ausführlich in einem Gutachten, das die Sachlage treffend charakterisiert und 30% als wohlwollend und angemessen bezeichnet. Die Berufsgenossenschaft folgt diesem Rat und setzt die Rente auf 30% fest. Neuerliche Berufung des Verunfallten beim O. V. A., das am 27. 1. 31 wiederum 100% Rente und 25 Mark monatliches Pflegegeld zubilligt. Rekurs der Berufsgenossenschaft an das R. V. A., das am 24. 9. 31 das Urteil des O. V. A. aufhebt und sich dem Gutachten von *Quensel* anschließt. Weil der Verunfallte sich infolge törichter Verhetzung durch die Organisation (»die Kliniken seien die Orte, wo die Verunfallten geschunden und als Versuchskarnickel betrachtet würden«) auf Erfordern der Berufsgenossenschaft sich klinisch untersuchen zu lassen, weigert, Einstellung der Rente. Schließlich Einigung auf eine Beobachtung in unserer Klinik, die zu keinem anderen Urteil wie *Quensel* kommen kann, bloß daß das ganze rentenneurotische Bild des Verunfallten an Ausmaß erheblich zugenommen hat. Über $3^1/_2$ Jahre geht nun der Streit. Der Verunfallte ist inzwischen (Anfangs 1932) invalidisiert worden. Es ist traurig, wenn man auf der einen Seite die »iatrogene Hypochondrisierung« der ersten Krankenhausbehandlung, die verheerende Wirkung der »Organisationen« und der unsinnigen Gutachten sog. Sachverständiger, und auf der anderen des Hin und Hers des Spruchverfahrens miterleben muß. Wer zahlt nun schließlich die Zeche, wenn man einem solchen Verunfallten nach der heute gültigen Rechtsauffassung und jetzigen »wissenschaftlichen Erkenntnis« die Rente entziehen und ihn einem offenbaren Notstande aussetzen muß?

Man denkt an die Abänderung der Sozialgesetze dahin, daß man den bekannten § 7 Abs. 4 der Bedingungen der Privatversicherungen (nach dem »für psychische und nervöse Störungen, durch welche im Anschluß an einen Unfall die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist, eine Entschädigung nur gewährt wird, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Zentralnervensystems oder auf eine im Anschluß an den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind«) in irgendeiner Form auch auf die Sozialversicherten überträgt.

Freilich dürfte man dann sich mit einer oft ziemlich oberflächlichen Feststellung nicht begnügen, sondern man müßte (vgl. *M. Meyer*, bei *Riese* S. 171ff.) erschöpfend (evtl. durch Enzephalo- oder Myelographie) nachweisen, daß den »nervösen« Unfallfolgen die organische Grundlage tatsächlich fehlt (vgl. auch *Gerhartz*, l.c. S. 35/36). Die von *Hoche* (l.c. S. 68) gegen eine gesetzliche Regelung vorgebrachten prinzipiellen Bedenken kann ich nicht teilen. Gewiß ist es ein Unterschied, ob jemand eine Privatversicherung abschließt, deren Satzungen er beim Abschluß freiwillig anerkennt, oder ob er staatlich zwangsversichert ist. Welches Gesetz fragt den Staatsbürger, ob er mit seinen Bestimmungen einverstanden ist? Die Einwände von *Fr. Schultze* (l.c. S. 601) möchte ich auch nicht gelten lassen: Neurotiker seien doch schließlich auch Kranke und müßten als Kranke behandelt werden. Lassen wir diese an sich berechtigte Erwägung zu, so tut sich sofort wieder die große Hintertür auf, durch die alle der bisherigen Methodik vorgeworfenen Differenzen hereinschlüpfen. Im übrigen kann nach geltendem Recht die Behandlung und alles was sonst zur Versorgung nötig ist (vgl. oben) von anderen Instanzen besorgt werden. Der gesetzgeberische Vorschlag, den *Hoche* selbst (l.c. S. 68) auf dem Berliner Lehrgang machte: »Nicht entschädigungspflichtig sind diejenigen nervösen oder psychischen Störungen, die ihre Entstehung nicht einem Unfall als solchem, sondern der Tatsache des Versichertseins verdanken«, erscheint, wie er selbst gefühlt hat, nicht zwingend. Denn die einen werden vergeblich nach den dabei nötigen zuverlässigen Unterscheidungen fragen, die anderen aber kein Hehl daraus machen, daß sie ja sowieso die übergroße Zahl der nervös-psychischen Störungen nach Unfall für nichts anderes halten, als eben für die Reaktion auf die Tatsache des Versichertseins. Es bliebe alles beim Alten und vor allem, wie *Stier* richtig entgegengehalten hat, die Schwierigkeiten in der Beurteilung der Ursachenfrage die gleiche. Genau dasselbe gilt von dem, was *Seelert*[54]) empfohlen hat: Das RVA. solle den be-

---

[54]) Dtsch. med. Wochenschr. 1927, Nr. 10.

kannten § 555 RVO. dahin auslegen, daß Anspruch auf Ersatz von Schäden nicht bestehe, wenn der ärztliche Untersuchungsbefund und die Klagen des Versicherten über Beschwerden als Auswirkung psychologischer Reaktionen anzusehen sind, die sich aus der Stellungnahme des Versicherten zum Erlebnis des Unfalls ergeben hat. Auch die Fassung eines Vorschlags zu einer Gesetzesabänderung von *Hauptmann*[55]) halte ich nicht für zweckmäßig: Man solle (er hatte damals die Gesellschaft deutscher Nervenärzte im Auge) an den Gesetzgeber mit der Forderung herantreten, in die Unfallgesetzgebungsbestimmungen den Paragraphen aufzunehmen, daß »hysterische Unfallfolgen nicht zu entschädigen seien«. Warum sollten wir mit dem unglücklichen Wort Hysterie in einem Gesetz im Zusammenhang mit dem Unfall noch mehr Verwirrung schaffen? Das damals von *Hauptmann* angegebene Reagens auf Hysterie (»Fehlen des Mitleidgefühls« beim Untersucher) mag durchaus richtig erfühlt sein; aber ein »instinktives Gefühl« bringt uns keine Klarheit darüber, was psychogene Reaktionen sind, und darf uns auch keine Handhabe bei Unfallneurotikern sein. Die Fußangeln, die im Gefühlsdickicht liegen, hat *Hoche* (l. c. S. 65) mit erfreulicher Deutlichkeit aufgedeckt.

Es werden immer zwei Standpunkte gegenüberstehen, je nachdem man das »Versichertsein« als das ausschlaggebende Moment ansieht oder nur die unzweckmäßige Stellungnahme des Versicherten zu der Tatsache, daß er versichert ist, und zu den diese Tatsache berührenden Erlebnissen (*Seelert*). Wer diesen subjektiven Kern der Unfallneurose als den mächtigsten, ja einzigen treibenden psychologischen Faktor ansieht, der hofft einen Abbau der Mißstände in der Unfallneurose von einem »Abbau der Hysterie infolge der Umstellung der ärztlichen Anschauungen« ohne Änderung des Gesetzes.

Man soll aber nicht sagen, der Vorschlag einer Gesetzesänderung sei vollkommen überflüssig, weil wir, wie ja auch die oben erwähnten Feststellungen von *Stier* klar beweisen sollen, auf Grund schon jetzt gültiger Normen zu denselben Resultaten kommen, wenn man sie nur nach dem heute allgemein geteilten Erkenntnisstandpunkt richtig auslege und anwende. Das hieße doch grundsätzliche Unterschiede übersehen. »Es ist ein himmelweiter Unterschied, ob das Rentenverfahren mit seinen Kämpfen da, wo eine körperliche Schädigung nicht eingetreten ist, durch das Gesetz von vornherein unmöglich gemacht wird, oder ob ein nach einem Unfall nervös gewordener Mensch nach Monaten oder Jahren auf dem Wege der Auslegung schließlich

---

[55]) Dt. Zeitschr. f. Nervenhlkde., Bd. 88, S. 192.

doch keine Rente bekommt« (*Bumke*, l. c. S. 1109). Liest man die neuesten Ausführungen von *Reichardt*, so muß man angesichts seiner radikalen Konsequenzen aus der Ausdeutung des Begriffs der Entschädigungsreaktion erst recht wünschen, daß etwas geändert wird. Er wird mit seinen theoretischen Einsichten, auch wenn sie zutreffend sind, die Mentalität des (sozial-) versicherten Individuums bei einem entschädigungspflichtigen (oder vermeintlich entschädigungspflichtigen) Unfall nicht ändern, mit seinen nüchternen Überlegungen den Affekt und seine Auswirkung nicht aus der Welt schaffen. So lang der Mensch in der Not an einem Versicherungsfaden hängt, läßt er ihn nicht los. Keine psychologische Einsicht, und wäre sie noch so richtig, reißt das auf dem Standpunkt primitiver Rechtsauffassung aufgebaute Streben aus dem Herzen. Keine konsequente Gutachtertätigkeit oder Rechtsprechung im Einzelfall wird maßgeblich sein für einen anderen, der in ähnliche Lage kommt. Wo eine Auslegung im Sinne des Rechts auf Entschädigungsanspruch möglich ist, wird der Versicherte immer darum kämpfen, so lang er kann. Mit Unmoral hat dies nicht das Mindeste zu tun und so bleibt es immerhin eine Frage, ob der Versicherte auf einen Unfall genau so reagieren müsse wie der Nicht-Versicherte, so daß man die Unfallfolgen des letzteren als Norm und Maßstab für die des ersteren nehmen kann. Der Mensch ist doch kein Rechenexempel, bei dem 2×2 immer gleich 4 ist.

Bei einer Änderung des Gesetzes wüßte der Versicherte mindestens von vornherein, woran er ist, fände sich mit dem geraden Wege des schicksalsmäßigen Verzichtes ab, und die verhängnisvolle, bis jetzt nicht nur mögliche, sondern fast zwangsläufige (»tendenziöse«) seelische Verarbeitung des Unfallerlebnisses und alle sonstigen Abdrängungen auf Nebengeleise im Sinne primitiver Rentenwünsche oder komplizierterer »Sicherungen« blieben ihm erspart. Mag sein, daß unsere gutachterliche Gewissenslast durch ein solches Vorgehen noch wüchse, weil es asozial ist. Aber der heutige Zustand ist sozial zwitterhaft und läßt überall logische Zwiespältigkeiten erkennen. Man sagt, daß sich die Situation des Unfallneurotikers recht gut erklärt und in ihren lückenlos ineinandergreifenden Motiven sich sogar verständlich begründen läßt: Unfall, Schreckerlebnis — Hypochondrisierung — Flucht in die Krankheit, um die wirklichen psychologischen Zusammenhänge, z. B. Arbeitsunlust und sozialwirtschaftliches Versagen zu verschleiern —, Rechtsbegehren. Man räumt sogar ein, daß der Unfallneurotiker »im Kampfe um sein Recht ein Opfer der Sozialversicherung wird«, weil diese »zwangsläufig das Begehren nach Recht und Rente nach sich ziehe«. Man gibt zu, daß, wenn sich beim Unfallneurotiker die

Hypochondrie einmal festgesetzt habe, eine Therapie oft kaum mehr möglich sei. Aber man schlußfolgert: Man dürfe ihm beileibe nicht durch die Gewährung einer Rente entgegenkommen, und »die Nichtgewährung einer Rente sei der letzte therapeutische Trumpf, den wir bei den heutigen Verhältnissen in der Hand haben« (*H. Hoffmann*, l. c. S. 124). Was für einen Sinn hat es, wenn man mit der linken Hand nimmt, was man mit der rechten gibt? *Gruhle*[56]) meint freilich, die Behauptung, daß an den zahlreichen psychopathischen Reaktionen auf einen Unfall nicht der Einzelne, sondern die soziale Gesetzgebung, die Versicherung Schuld trage, sei »eine ungemein oberflächliche Redensart«. Wenn sich jemand mit Alkohol betrinke, so sei er und nicht der Alkohol schuld! Über die Stichhaltigkeit dieses Vergleichs kann man streiten. Mir scheint er zu hinken. Wenn man wie *Gruhle* einen Verunfallten, der sich »mit dem Unfallerlebnis in irrtümlicher oder ungeeigneter (überwertiger, zwangshafter, querulatorischer) Weise beschäftigt, selbst und allein für seine Symptome haftbar« macht, so rührt man mit akademischer Geste an einen Punkt, wo man Sicherheit in den Händen hätte, wenn der Verunfallte in einem luftleeren Raume lebte und nicht in einem »kanalisierten Bewegungsraum», dessen situativ vorgegebene ökonomische Gesetzmäßigkeit nicht psychologisch-moralisch allgemeingültig definiert werden kann (*v. Weizsäcker*, l. c. S. 39). Das zuletzt mitgeteilte Beispiel des schweren traumatischen Hysterikers wirft ein eigentümliches Licht auf die *Gruhle*sche Auffassung von der »alleinigen Schuld« des Verunfallten.

Der Zwiespalt reicht bis in unsere Tage hinein. *Bonhoeffer*[57]) hat in seiner autoritären Stellung 1926 gesagt: »Bei der klinischen Sachlage ist kein Grund gegeben, mit besonderen gesetzlichen Maßnahmen gegen die sogenannte traumatische Neurose vorzugehen. Denn ein ursächlicher Zusammenhang des neurotischen Zustandes mit dem Unfall ist abzulehnen, da ein solcher weder mittelbar noch auslösend mit dem Unfall als mechanischem Insult besteht, wenn man mit dem Begriff ursächlicher Zusammenhang, wie man doch tun muß, einen biologischen Zusammenhang im Auge hat.« Vor kurzem sagte ein anderer, nicht weniger Gewichtiger, *Bumke* (l. c. S. 1106): »Wir werden eine Änderung des Gesetzes immer wieder verlangen müssen.« Wer hat nun Recht? Ob das Verlangen bei den zuständigen Stellen Gehör finden wird, ob sie davon zu überzeugen sein würden, daß dieser »Versuch eines Einbruchs in die soziale Gesetzgebung« eine Wohltat für viele Versicherte wäre (*Seelert*), ist

[56]) Münch. med. Wochenschr. 1932, Nr. 32.
[57]) Dtsch. med. Wochenschr. 1926, Nr. 5.

überdies eine andere Frage. Einstweilen wollen wir unsere Pflicht tun nach den Richtlinien unseres Wissens, Gewissens und gesunden Menschenverstandes — denn nicht nur der Richter, sondern auch der Arzt hat ein Anrecht darauf, von dieser Gottesgabe Gebrauch zu machen — und schließlich können wir uns beim Warten mit dem gerade im Hinblick auf die augenblickliche Sachlage höchst bemerkenswerten Urteil von *Jaspers*[58]) trösten: »Unfallneurosen würde es auch geben ohne Unfallgesetzgebung, aber es würde weniger davon die Rede sein, es würde bei einer Reihe von Fällen jener Faktor der Rentensucht das Bild nicht färben, und es würden — vielleicht — einige Fälle gar nicht krank geworden sein, andere schneller gesunden« (l. c. S. 304).

Von dem bisherigen, stellenweise recht dürren und sterilen Betrachtungswege kehren sich inzwischen grundsätzlich die ärztlichen und sozialen Schlußfolgerungen ab, die *v. Weizsäcker* aus der gegenwärtigen Sozialsituation zieht. Kein anderer vor ihm hat das schmerzliche Dilemma, vor dem jeder Sachverständige besonders bei der Begutachtung der Unfallneurosen steht, so eindringlich aufgezeigt, wie er: »Wir handeln an einem Neurotiker ebensowenig ärztlich, wenn wir seine Neurose mit Hilfe einer Rente verewigen, wie wenn wir durch Aberkennung einer Rente ihn in den Kampf treiben« (l. c. S. 37). Er plädiert für eine neue Sozialpolitik zur Beseitigung der Notlage der Neurotiker durch eine Behebung ihres seelischen Zustandes durch Behandlung zusammen mit einer Wiederherstellung der angemessenen Arbeitsgelegenheit, nicht durch Berentung der sozialneurotischen Insuffizienz. Arbeitsunfähigkeit mit Geld auszugleichen, sei sozialpolitisch sinnlos, statt die verbliebene Arbeitsfähigkeit zu nutzen. Vor dem letzten ärztlichen Urteil empfiehlt er eine soziale »Situationstherapie« einzuschieben. Sie erst ermögliche einen zutreffenden Entscheid darüber, ob Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunwille oder Arbeitsfähigkeit mit Arbeitslosigkeit vorliege. Aber diese Art von Behandlung läßt sich nur durchführen, wenn Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung mit der Erwerbslosenfürsorge in einer Organisation zusammengefaßt werden. Was *v. Weizsäcker* unter Situationstherapie versteht und welche Erfolge er damit gehabt hat, ist bei ihm selbst nachzulesen. Seine Anregungen über den Umbau und Abbau der Sozialversicherung atmen bürostaubfreien, lebensnahen Geist und dürften nicht ungehört verhallen. Denn es kann wohl keiner, der über den Horizont des klinischen Untersuchungszimmers hinaussieht, die Augen dafür verschließen, daß manche unserer

[58]) *Jaspers*, Allgemeine Psychopathologie, Berlin 1913.

wissenschaftlich so trefflich fundierten »Denkgewohnheiten« in der Begutachtungspraxis vor dem grellen sozialen Hintergrund zu Schemen verblassen, von denen man allen Ernstes fragen kann, ob der Streit darüber nicht Zeitvergeudung ist und ob nicht der letzte und größte Zwiespalt darin liegt, daß wir in früheren Jahren »mit Worten ein System bereitet« haben, das sich mit der heutigen Wirklichkeit nicht mehr verträgt.

(Aus der psychiatrischen Kreisanstalt in Simpheropol. Krim. A. S. S. R.
Direktor: Dr. *N. Balaban*.)

Zu den Besonderheiten des klinischen Verlaufs bei paralytischen Männern und Frauen unter dem Einflusse der Malariatheraphie.

Von

Dr. **A. Molotschek** und Dr. **T. Russin**

Die Malariatherapie in der Klinik der progressiven Paralyse stellt gegenwärtig ein weitläufig ausgearbeitetes Kapitel vor — *Gerstmann*, *Wagner-Jauregg*, *Plaut* und *Kihm*, *Bostroem* und viele andere. Über ein erschöpfendes Material der oben aufgezählten Autoren verfügend, halten wir uns in dieser Arbeit nicht bei der Abschätzung allgemeiner klinisch-statistischer Momente auf. Das angeführte Material umfaßt 50 männliche und 50 weibliche Paralytiker, die sich der Malariatherapie unterzogen haben. Die Beobachtung selbst im Laufe einer Reihe von Jahren an dem uns zur Verfügung stehenden klinischen Material zwang uns unsere Aufmerksamkeit auf die Besonderheiten des Verlaufs der Paralyse im Zusammenhange mit der Malariatherapie bei Männern und Frauen zu lenken. Die zu unserer Verfügung stehende Literatur konnte uns in dieser Hinsicht keine richtenden Hinweise zu den Beobachtungen geben. Aus den allgemeinen statistischen Angaben begnügen wir uns nur mit folgenden kurzen Mitteilungen:

Dauer des Aufenthaltes in der Anstalt der 100 Kranken, die von uns beobachtet wurden:

bis zu 3 Monaten	24	Männer	27	Frauen
bis zu 6 Monaten	14	,,	9	,,
bis zu 1 Jahr	5	,,	5	,,
bis zu 2 Jahren	5	,,	5	,,
bis zu 3 Jahren	1	,,	0	,,
länger als 3 Jahre	1	,,	4	,,

Die Zeit der Remission der Kranken, welche sich der Malariatherapie unterzogen haben, wird folgendermaßen eingeteilt:

	Allgemeine Remission		Remission mit Defekten	
bis zu 6 Monaten	4 M.	2 Fr.	6 M.	5 Fr.
bis zu 1 Jahr	2 „	3 „	4 „	3 „
bis zu 2 Jahren	4 „	1 „	5 „	3 „
bis zu 3 Jahren	2 „	3 „	— „	1 „
bis zu 4 Jahren	1 „	1 „	— „	3 „
	13 M.	10 Fr.	15 M.	15 Fr.

Von der Gesamtheit unserer Kranken hatten 22 Männer und 25 Frauen keine Remission und starben in der Anstalt. Wir machen keine Versuche weder den Charakter, noch ihre Anzahl mit dem zahlreichen Material anderer Autoren zu vergleichen, was große Schwierigkeiten bietet. Trotzdem *Plaut* und *Kihn* eine umfassende Anzahl von Arbeiten über die Remission während der Paralyse im Zusammenhange mit der Malariatherapie zur Verfügung steht, sprechen sie dennoch von der Unmöglichkeit sich ein klares Bild machen zu können, welches die Angaben verallgemeinert.

Zur Betrachtung des vorliegenden Materials übergehend, entfernen wir vor allem die Fälle von Paralyse, welche bereits vor der angewandten Malariatherapie in einer nicht typischen Form verliefen.

Solcher Fälle waren fünf bei Männern und ein Fall bei einer Frau. Alle nicht typischen Fälle bei Männern hatten einen schizophrenieähnlichen Verlauf und äußerten sich in physikalischen und Beziehungswahnideen, steten katatonischen Symptomen, Störungen des Gedankenganges schizophrenieartigen Typus. Der einzige nicht typische Fall der Paralyse bei Frauen, der bei uns vermerkt war, verlief nach dem Typus der exogenen Reaktion und ergab schon von Beginn der Erkrankung ein halluzinatorisch-paranoides Syndrom mit steter Störung der Besinnung. Die in obigen — nicht typischen — Fällen angewandte Malariatherapie ergab bei Männern: bei dreien Verschärfung des psychischen Zustandes — bei einem während der Malariatherapie, bei zweien nach derselben; in allen drei Fällen trat Remission ein. Zwei andere Kranke, die keinerlei Veränderungen im Verlaufe der Malaria und nach derselben aufwiesen, bei ständigem schizophrenieartigem Bilde der Psychose, starben in der Anstalt.

Das akute halluzinatorisch-paranoide Syndrom, das an einer Frau beobachtet wurde, ergab einen protrahierten Delirienzustand während der Malaria und endete tödlich.

Das ganze zugrundeliegende Material, das die Veränderungen behandelt, welche während der Periode von Malariaanfällen und nach Beendigung der Malariatherapie entstehen, ist von uns in zwei unten angeführten Tabellen verteilt, die gleichfalls auf die Periode der Remission und den Verlauf hinweisen.

Männer

Formen der Paralyse	Veränderungen des psychotischen Zustandes		Zeit und Charakter der Remission	Ausgang
	Während der Malaria	Nach der Malaria		
1. Demente.	Entstehung von Wahnäußerungen expansiven Charakters.	Allmähliche Abschwächung des psychotischen Zustandes.	Allgemeine Remission im Laufe von 2 Jahren.	Gestorben.
2. Zirkuläre.	Manischer Charakter der Erregung, welche den Grad der Agitation erreichte.	Allmähliche Abschwächung des psychotischen Zustandes.	Allgemeine Remission im Laufe von 2 Jahren.	Nach der Remission stuporöser Zustand mit nihilistischen Wahnideen u. negativistischen Einstellungen.
3. Demente.	Halluzinatorisch-paranoides Syndrom.	Prolongiertes halluzinatorisch-paranoides Syndrom bei schizophrenieartigem Benehmen auf Grund der progressirenden Demenz.	Vegetative Besserung im Laufe von 2 Monaten.	Gestorben.
4. Demente.	Akuter deliriöser Zustand.	Allmähliche Besserung des allgemeinen Zustandes.	Allgemeine Remission im Laufe des 1. Jahres.	
5. Expansive.	Verschärfung des expansiven Wahnes. Psycho-motorische Erregung.	Allmähliche Abschwächung des psychotischen Zustandes.	Remission mit Defekten im Laufe von 9 Monaten.	Agitierter Zustand. Progressiver vegetativer Verfall.
6. Demente.	Kurzer Delirienzustand.	Ohne Veränderungen.	Vegetative Besserung im Laufe von 4 Monaten.	Gestorben.
7. Demente.	Delirienzustand.	Protrahierter Delirienzustand.		Gestorben.
8. Demente.	Manische Erregung mit Größenwahn.	Protrahierte manische Erregung.		Gestorben.

Formen der Paralyse	Veränderungen des psychotischen Zustandes — Während der Malaria	Nach der Malaria	Zeit und Charakter der Remission	Ausgang
9. Expansive.	Manische Erregung mit Größenwahn.	Allmähliche Abschwächung des psychotischen Zustandes.	Remission mit Defekten im Laufe des 1. Jahres.	
10. Demente.	Deliriöser Zustand.	Protrahierter Delirienzustand.		Gestorben.
11. Demente.	Keinerlei Veränderungen.	Halluzinatorisch-paranoides Syndrom. Größenwahnideen. Wahnhaftes Deuten der Umgebung. Stereotypische motorische Äußerungen. Maniriertheit u. schizophrenieähnliches Benehmen.	Remission mit Defekten im Laufe von 2 Jahren.	
12. Expansive.	Keinerlei Veränderungen.	Übergang aus der expansiven Form in die depressive mit nihilistischem Wahne.	Remission mit Defekten im Laufe des 1. Jahres.	Wiederholung der expansiven Phasen.
13. Expansive.	Keinerlei Veränderungen.	Verschärfung der manischen Erregung mit Entstehung von Größenwahn.	Remission mit Defekten im Laufe von 1 Jahr.	Gestorben.
14. Expansive.	Keinerlei Veränderungen.	Übergang aus der expansiven in die depressive Form.	Allgemeine Remission im Laufe von $1^1/_2$ Jahren.	Nach der Remission akutes halluzinatorisch-paranoides Syndrom. Gestorben.

Frauen

Formen der Paralyse	Veränderungen des psychotischen Zustandes Während der Malaria	Nach der Malaria	Zeit und Charakter der Remission	Ausgang
1. Demente.	Amentia-Syndrom.	Schizophrenieartige Wahnideen. Stereotypien in der Motorik bei progressiver Demenz.	Vegetative Remission im Laufe von 4 Jahren.	
2. Expansive.	Amentia-Syndrom.	Typischer Verlauf der expansiven Form.	Vegetative Besserung im Laufe von 1 Jahr.	Gestorben.
3. Expansive.	Verschärfung der manischen Erregung.	Typischer Verlauf der expansiven Form.	Vegetative Remission im Laufe von 2 Jahren.	Gestorben.
4. Demente.	Deliriöser Zustand.	Protrahierter deliriöser Zustand.		Gestorben.
5. Demente.	Keinerlei Veränderungen.	Halluzinatorisch-paranoides Syndrom.	Remission mit Defekten im Laufe des 1. Jahres.	
6. Demente.	Keinerlei Veränderungen.	Amentia-Syndrom.		Gestorben.
7. Demente.	Keinerlei Veränderungen.	Halluzinatorisch-paranoides Syndrom.	Remission mit Defekten im Laufe des 1. Jahres.	

Wie aus der angegebenen Tabelle zu ersehen ist, waren Veränderungen des psychotischen Zustandes während der Malariatherapie und nach derselben bei Männern doppelt so viel als bei Frauen (14:7). Was den Charakter dieser Veränderungen betrifft, so läßt sich bei Männern ein weit komplizierterer Verlauf der Psychose mit bedeutend ausgeprägteren endogenen Einschlüssen feststellen, während bei Frauen der exogene Typus der Reaktion vorherrscht. So wurde bei Männern in 14 Fällen, außer den oben erwähnten nicht typischen Fällen, ein schizophrenieartiges Syndrom beobachtet, bei zweien nach den Malariaanfällen; in zwei Fällen ist ein Übergang aus der expansiven Form in die depressive vermerkt, gleichfalls in der Periode nach der Malaria; drei Fälle gaben maniakale Phase während der Malariaanfälle; was den

Typus der exogenen Reaktion betrifft, so gaben Fälle 4, 6, 7 u. 10 einen deliriösen Zustand während der Anfälle, wobei zwei von ihnen, Fall 7 u. 10, einen protrahierten deliriösen Verlauf nach Beendigung der Malariatherapie aufwiesen. In allen drei Fällen trat ausgeprägte Verschärfung der Form der Psychose auf. Es muß vermerkt werden, daß in zwei der aufgezählten Fälle, schon nach der durchgeführten Remission, der von neuem entbrannte Prozeß ein Bild schizophrenieartiger Psychose ergab (2. F., 14. F.).

Beim Übergang zum weiblichen Material wird folgende Anordnung des psychotischen Zustandes festgestellt: in drei Fällen Entstehung amentiven Syndroms im Zusammenhange mit der Malaria, zwei von diesen entwickelten sich während der Anfälle, einer nach den Anfällen, wobei der erste Fall nach dem amentiven Syndrom in der Periode nach der Malaria ein stetes schizophrenieartiges Bild der Psychose ergab. In einem Falle (4.), wurde ein protrahierter Delirienzustand beobachtet. Ein Fall gab eine verschärfte Form der Psychose im Laufe der Malariaanfälle und zwei akute halluzinatorisch-paranoide Syndrome nach dem Typus der exogenen Reaktion. Wenn man von den Ansichten *Bostroems* über die Entstehung der nicht typischen Formen der Psychose ausgeht, d. h. der endogenen Psychosen im Verlaufe der progressiven Paralyse unter dem Einflusse der Fiebertherapie, so könnte es scheinen, daß man bei den Frauen öfter auf die depressive Form der Paralyse stoßen müßte, auf deren öfteres Auftreten bei Frauen *Kraepelin* u. *Junius* u. *Arndt* besonders hinweisen. An unserem Material wird diese Ansicht jedoch nicht bestätigt.

Die von uns vermerkten Beobachtungen über die Besonderheiten des Verlaufs der progressiven Paralyse bei Männern und Frauen unter dem Einflusse der Malariatherapie, scheinen uns ungenügend, um bestimmte Schlüsse ziehen zu können; solche erfordern eine Fortsetzung der Arbeit an umfangreicherem Material.

(Aus der Prov. Heil- u. Pflegeanstalt Johannistal b. Süchteln.
Direktor Dr. *Trapet.*)

Über einen Fall von Pick'scher Krankheit.

Von

Theo van Husen, Süchteln.

Seitdem *Spatz* und *Onari* die Kliniker und Pathologen eindringlich auf die *Pick*sche Krankheit hingewiesen haben, sind mehr Fälle als in früheren Jahren beobachtet worden. Und damit ist die Zahl der klinisch und vor allem auch die der pathologisch-anatomisch genauer untersuchten Fälle, wie es ja schon *von Braunmühl* 1928 erwartete, erheblich gestiegen. Über die seit 1929 in der mir zugänglichen Literatur bekannt gewordenen Fälle sei kurz berichtet.

Danach sind insgesamt 35 Fälle von *Pick*scher Erkrankung mitgeteilt, von denen 16 klinisch beobachtet, die übrigen 19 sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch beschrieben sind. Jene seien zuerst aufgeführt.

1929 beschreibt *Kaplinsky* einen Fall mit Gedächtnis-Merkfähigkeitsstörungen und aphasischen Erscheinungen, der aber nach der Ansicht von Spatz nicht eindeutig genug erscheint, um als *Pick*sche Erkrankung gelten zu können. Auf der 26. Jahrestagung des Vereins Nordwestdeutscher Psychiater und Neurologen in Bremen werden von *Walter* zwei weitere Fälle mitgeteilt. *Verhaart,* ein Holländer kann über drei Patienten berichten. Zwei seiner Kranken stammen aus Familien, in denen sehr viele Geisteskrankheiten vorkommen, sind also stark belastet, ein äußerst wichtiger Hinweis auf die heredo-degenerative Natur dieses Leidens. Für diese Ansichten geradezu beweisend sind die Beobachtungen *Grünthal*s, der in zwei aufeinander folgenden Generationen drei Fälle *Pick*scher Krankheit feststellen konnte, bei zwei Schwestern und dem Sohn der einen. In dieser Familie konnten auch andere Geisteskrankheiten beobachtet werden. Der Beginn der psychischen Veränderungen im gleichen Alter, der langsame Verlauf lassen eine erbliche Bedingtheit fast mit Sicherheit annehmen. Über je einen weiteren Fall berichten *Carp, Hermann* und *Bingel.* Letzterer kann mit Hilfe der Enzephalographie eine Atrophie der Frontallappen nachweisen. *Hermann* findet bei seinem Patienten keine Anhaltspunkte für erbliche Belastung. Und gerade in jüngster Zeit hat *Bürger-Prinz* in einer Sitzung der Me-

dizinischen Gesellschaft in Leipzig vier Fälle vorgestellt, bei denen auch mit Hilfe der Enzephalographie Luft über Stirnhirn und Temporallappen nachgewiesen werden konnte.

Diesen rein klinischen Feststellungen stehen 19 Fälle gegenüber, die auch pathologisch-anatomisch untersucht worden sind. So konnte vor allem *Karl Schneider* in instruktiver Form über zwei von ihm beobachtete Patienten berichten. Er kommt, wie schon in früheren Jahren erneut auf Grund seiner klinischen und histologischen Befunde zu dem Schluß, im Krankheitsablauf zwei typische Formen zu unterscheiden. *Grünthal* kann bei zwei Brüdern die klinische Diagnose einer *Pick*schen Krankheit bestätigen und bringt hiermit erneute Beweise für die Heredität dieser Erkrankung. *Lua* findet bei seinem Fall einen auffällig starken Eisengehalt in den atrophischen Gebieten und glaubt, wie auch schon früher *Schneider*, einen krankhaft veränderten Stoffwechsel der Glia als Ursache dieser Eisenspeicherung annehmen zu können. *Stief* vermutet bei dem von ihm mitgeteilten Fall in dem Auftreten von geblähten Ganglienzellen in noch nicht veränderten Rindenschichten die ersten Anzeichen des Fortschreitens der Erkrankung, ja, er hält das Auftreten von Zellschwellungen für den wesentlichsten histologischen Faktor der späteren Atrophie. *Horn* und *Stengel* finden bei einem Fall von Okzipitalatrophie — *v. Braunmühl* hält ihn aber der genaueren Beschreibung nach mehr für eine *Alzheimer*sche Krankheit — reichlich senile Plaques und *Alzheimer*sche Fibrillenveränderungen und glauben auf Grund ihres Befundes die *Pick*sche Erkrankung als eine Krankheitseinheit im Sinne *Kraepelin*s ablehnen zu müssen, und sie sehen in ihr nur eine Sonderform der senilen Demenz. *Lieber*s vermißt bei seinem Fall trotz akuten Verlaufs eine stärkere Vermehrung der Zellblähungen wie sie früher von *Schneider* als charakteristisch für einen stürmischen Verlauf beschrieben worden sind. Auch sind die Ganglienzellen gänzlich frei von argentophilen Kugeln. *Urechia* findet bei einem schnell verlaufenden Fall ebenfalls nur wenig geblähte Nervenzellen, dagegen wohl eine gewisse Anzahl von *Alzheimer*schen silbergierigen Kugeln. *Carp* kommt auf Grund seiner Beobachtungen dazu, alle bei der *Pick*schen Erkrankung auftretenden Prozesse für vorzeitig auftretenden senilen Involutionsprozeß zu halten. *Verhaart* kann neben der Atrophie des Stirnhirns besonders auch auf eine solche des Kleinhirns hinweisen, die sich allerdings auf neocerebellare Abschnitte beschränkt. *Moyano* hat bei vier Fällen typischer umschriebener Hirnatrophien senile Plaques und *Alsheimer*sche Fibrillenveränderungen nachweisen können. Diese Befunde lassen ihn glauben, daß wesentliche Unterschiede zwischen seniler Demenz, *Pick*scher und *Alzheimer*scher Krankheit nicht bestehen. Eine erbliche Belastung findet auch

Thorpe bei einer Patientin, deren Vater mit 50 Jahren an seniler Demenz verstorben war. *Austregesilo* (Sohn) kann bei seinem Fall keine Besonderheiten feststellen. Zur Frage der Heredität bringt die jüngst veröffentlichte Arbeit von *Schmitz* und *Meyer* einen äußerst interessanten Beitrag. In einer erblich belasteten Familie konnte bei einer ganzen Generation, bestehend aus drei Schwestern, mit größter Wahrscheinlichkeit *Pick*sche Krankheit nachgewiesen werden, bei einer wurde die Diagnose intra vitam gestellt und autoptisch bestätigt.

Ein kurzer Vergleich zwischen klinischer Diagnose und pathologisch-anatomischem Befund zeigt, daß es auch heute trotz eingehender klinischer Untersuchungen noch recht schwierig ist intra vitam eine sichere Diagnose zu stellen. Sehr oft ist das Symptomenbild zwischen seniler Demenz, *Pick*scher und *Alzheimer*scher Erkrankung doch zu sehr verschwommen und häufig ist es auch so, daß die Patienten erst im Zustand völliger Verblödung in psychiatrische Beobachtung kommen. Bei den 19 pathologisch-anatomisch untersuchten Fällen war die Diagnose gestellt: Bei zehn Fällen auf *Pick*sche Krankheit, bei einem Fall Verdacht einer *Pick*schen Krankheit, bei sechs Fällen auf senile Demenz, bei einem Fall auf arteriosklerotische Demenz, bei einem Fall fehlte die Diagnose. — Hieraus ersieht man, daß wohl auch heute noch der Sektionsbefund immer das Ausschlaggebendste ist.

Da trotz aller Untersuchungen der letzten Jahre die Zahl genau beschriebener Fälle von *Pick*scher Krankheit auch heute noch nicht sehr groß ist, auf der anderen Seite aber eine ausgedehnte Kasuistik endliche Klarheit schaffen wird, sei im folgenden kurz über einen eingehend untersuchten Fall berichtet.

Frau Gertrud P., am 30. VII. 1883 geboren, kam im Februar 1931 zur Aufnahme in die Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt Johannistal b. Süchteln. Nach den Angaben des Ehemannes sind die Eltern der Patientin tot. Näheres ist nicht bekannt. Ein Bruder leidet an Epilepsie, ein anderer soll nicht normal sein. Ihm soll in einem Strafprozeß der Schutz des § 51 zugebilligt worden sein. Unsere Patientin ist ehelich geboren, besuchte die Volksschule. Als Kind schon immer schnell aufgeregt, Entwicklung normal, nähere Einzelheiten sind nicht bekannt. Mit 21 Jahren verheiratete sich Patientin, machte drei Geburten und eine Fehlgeburt durch. Von den drei Kindern starb eines mit $1^1/_2$ Jahren an Krämpfen. Der Ehemann schilderte seine Frau als von jeher aufgeregt und zeitweise ausgesprochen gereizt, zu Tätlichkeiten ihm gegenüber neigend, obwohl sie gewußt habe, daß er ihr an Kräften überlegen gewesen sei. Und gerade dieses Verhalten habe sie im verstärkten Maße schon längere Zeit vor der offensichtlichen Erkrankung gezeigt. 1925 sei er — der Ehemann — von einem Arzt darauf aufmerksam gemacht worden, daß seine Frau im Laden den Kunden außer von diesen verlangten Waren noch mehr Geld zurückgebe, als diese zur Bezahlung hingelegt hätten. Dieses merkwürdige Verhalten der Ehefrau sei nach den

Beobachtungen des Arztes in der Stadt weitbekannt gewesen und von Leuten mit weitem Gewissen ausgenutzt worden. Um dieselbe Zeit trat körperlich ein Verfall der Patientin ein. Im Anschluß an eine 1926 durchgemachte schwere Darmoperation erlitt die Kranke eine Gehirnembolie. Sie konnte seither außer »ja« und »nein« nichts mehr sprechen, stieß nur unartikulierte Laute aus und lachte ganz unmotiviert. Sie ging dann immer mehr zurück, verblödete zunehmend, so daß sie im Januar 1931 in ein Krankenhaus gebracht werden mußte. Hier, nach Angaben des Arztes, weiter zunehmende Verschlimmerung: Die Patientin ist dauernd unruhig, stößt häufiger gellende Schreie und unartikulierte Laute aus und ist dadurch, besonders nachts, sehr störend. Außerdem ständig unrein. Aus allen diesen Gründen Verlegung in die Anstalt Johannistal.

Körperlicher Befund: Größe: 1,65 m, Gewicht: 77,5 kg. Temperatur bei der Aufnahme: 36,0°. Kräftiger Knochenbau. Schädel: grobsymmetrisch. Stirn und Ohren: äußerlich ohne Besonderheit. Zunge: feucht, etwas weißlich belegt. Gesicht: grobsymmetrisch, breit-oval, gerötete Gesichtsfarbe. Innervation der Gesichtsmuskulatur anscheinend ungestört. Augen: Bewegungen frei, kein Nystagmus. Pupillen gleichmittelweit, rund; reagieren prompt und ausgiebig auf Lichteinfall und Naheinstellung. Lungen: Perkutorisch und auskultatorisch ohne krankhaften Befund. Herz: Tätigkeit regelmäßig, Töne leise, rein. Puls 62 in der Minute, regelmäßig, wenig kräftig. Periphere Arterien leicht geschlängelt. Blutdruck 108 mm Hg (palpatorisch). Unterleibsorgane: ohne Besonderheit. Reflexe: rechts und links gleich. Haut-, Sehnen- und Periostreflexe lebhaft. Babinski und Oppenheim sind nicht vorhanden. Kein Klonus. Kein Tremor der gespreizten Hände. Extremitäten: Beugekontraktur des rechten Kniegelenks in flachem Winkel. Sensibilitätsstörungen: nicht zu prüfen. Schmerzempfindung vorhanden. Hängebauch, alte reaktionslose Operationsnarbe am Unterbauch, stark ausgebildete Striae. Urin: frei von krankhaften Bestandteilen. Wa.R. im Liquor negativ, Mastix und Goldsolreaktion normal, Zellzahl 1.

Psychisch bietet Pat. das Bild gänzlicher Verblödung; sie liegt teilnahmslos zu Bett mit stumpfem, stierem Gesichtsausdruck, redet kein Wort, hat auch anscheinend keinerlei Sprachverständnis, ist geistig völlig tot. Faßt auch den Sinn von Gesten (Hinhalten der Hand zur Begrüßung) nicht auf. Stößt von Zeit zu Zeit ganz ängstlich und verstört ohne irgendeinen äußerlich erkennbaren Grund gellende Schreie aus. Von Affekten ist nur noch deutlich der Angstaffekt erhalten. So wehrt sie sich mit allen Zeichen des Schreckens gegen die Spritze bei der Blutabnahme. Auch die Lumbalpunktion ist wegen größter Unruhe nur in Narkose möglich. Sehr deutlich ausgeprägt ist bei ihr der Atzreflex — so haben ihn jüngst *Schmitz* und *Meyer* bezeichnet. Nähert man die Hand dem Kopf, so öffnet Patientin den Mund, gleichgültig ob die Hand leer ist, oder ob man eine Taschenlampe oder eine Nadel in der Hand hält.

15. II. Patientin ist dauernd unrein mit Kot und mit Urin trotz regelmäßigen Absetzens. Muß stets, da sie von sich aus keine Nahrung zu sich nimmt, gefüttert werden.

1. IV. Heute Entmündigungstermin. Hierbei nimmt Patientin überhaupt nicht die geringste Notiz von den Vorgängen.

15. VIII. Psychisch unverändert. Das Körpergewicht ist seit Februar von 77,5 kg auf 59 kg gesunken.

4. I. 32. Geistig völlig tot, stößt jetzt häufiger diese gellenden, durchdringenden Schreie aus. Wegen der Unsauberkeit kürzere Dauerbäder. Gewicht 52 kg.

5. III. Trotz bester Pflege hat sich ein Druckbrand in der linken Hüftgegend entwickelt. Patientin ist abgemagert.

7. III. Gegen Abend plötzlicher Verfall, Temperatur 40,0°, Puls 110.

8. III. Gegen Morgen Exitus letalis.

Eine genaue Diagnose konnte intra vitam nicht gestellt werden, obwohl der Fall für uns besonderes Interesse dadurch gewann, daß das Gericht um nähere Auskunft wegen Entmündigung und Ehescheidung ersuchte. Als sicher galt uns, daß nach der Anamnese die Patientin schon vor der Operation geistesgestört war und daß der schleichend verlaufende Krankheitsprozeß nach Eintritt der Embolie in seinem Verlauf wesentlich beschleunigt wurde. Hier war die Patientin geistig völlig tot und aus den spärlichen Angaben des Ehemanns war es nicht möglich mit Sicherheit zu entscheiden, ob es sich um den Endzustand einer atypisch verlaufenden arteriosklerotischen Demenz (*Alzheimer*sche Krankheit) oder um einen Verblödungsprozeß bei der hebephrenen Form der Schizophrenie handelte. Zum Vergleich für spätere Untersuchungen sei das ausführliche Sektionsprotokoll mitgeteilt, da bei der noch ungeklärten Ursache des Leidens auch dem Befund der inneren Organe Beachtung zukommen dürfte.

Mittelgroße weibliche Leiche in mäßigem Ernährungszustand. Hautfarbe wachsgelblich. Totenflecke und Totenstarre vorhanden. Rechts und links an den Trochanteren Druckbrand der Haut. Über den Bauchdecken starke Striaebildung. Oberhalb der Symphyse, querverlaufend, eine 20 cm lange, schmale Narbe. Das rechte Kniegelenk steht in mäßiger Beugekontraktur, etwa in einem Winkel von 150 Grad. Die Kontraktur ist auch mit Gewalt nicht auszugleichen.

Schädeldach und Gehirn: Schädeldach grobsymmetrisch, schwer. Auf der Sägefläche und in durchfallendem Licht ungleichmäßiger Diploëgehalt. Die äußeren und inneren Glastafeln sind stark entwickelt. Die Dura ist schlaff. Im Längsblutleiter, in den abhängigen Partien, mäßig viel dunkles, flüssiges Blut. Bei Eröffnung des Duralsackes entleert sich reichlich hellgelbe Flüssigkeit. Innenfläche der Dura zeigt an der Konvexität hier und da ganz zarten Schleimbelag. An der Dura der Basis, besonders in der linken mittleren und der rechten vorderen Schädelgrube, Schleimauflagerungen mit rostbraunen Flecken. Knöcherner Schädelboden ohne Besonderheiten. Das Gehirn wiegt uneröffnet 972 g. Es ist weich. Pia der Konvexität im Frontoparietalbereich beiderseits gleichmäßig stark verdickt, weißlich und herdförmig von salziger Beschaffenheit. Nach dem Okzipitalpol hin nimmt diese Verdickung schnell ab, so daß die Pia der Schläfen- und Hinterhautslappen wie auch die der Basis durchsichtig erscheint. Nur in den Polgebieten der Temporallappen besteht eine geringe weißliche Verdickung. Diese Verdikkungen der weichen Hirnhaut sind am Übergang der Stirn- zu den Scheitellappen derart, daß das Gehirnrelief nicht mehr erkennbar ist. Die Gefäße der weichen Hirnhaut zeigen mittlere Blutfülle und haben zarte Wandungen.

Die Pia läßt sich durchweg ohne Substanzverlust der Rindenpartien abziehen. Man erkennt dabei eine herdförmig wechselnde, starke Atrophie der Windungen im Frontalgebiet. Das Gehirn ist weißgelblich gefärbt und bietet im Frontalbereich ein ausgesprochenes Nußrelief. Im einzelnen stellt sich die Atrophie folgendermaßen dar (vgl. Abb. 1): Die hintere Zentralwindung zeigt keinerlei Besonderheiten, der Sulcus Rolandi klafft leicht. Die vordere Zentralwindung ist treppenförmig gegen die Oberfläche des Frontalhirns abgesetzt und nach abwärts zunehmend verschmälert. Der Gyrus frontalis

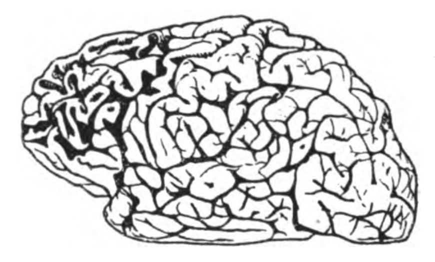


Abb. 1.



Abb. 2.

superior ist in ganzer Ausdehnung bis zum Stirnhirnpol am stärksten atrophisch, hahnenkammartig. Der Gyrus frontalis medius zeigt wesentlich geringere Atrophie und ist im mittleren Drittel am besten erhalten. Am Gyrus frontalis inferior zeigen besonders Pars opercularis und Pars triangularis eine dachförmige Zuspitzung der Windungskämme und entsprechendes Klaffen der Furchen. Pars orbitalis und Gyri orbitales sind nur gering verschmälert. Bei Betrachtung der Medianfläche (vgl. Abb. 2) fällt außer der starken Atrophie des Gyrus frontalis superior die erhebliche Atrophie des Gyrus cinguli in seinem ganzen Verlauf auf. Der Gyrus rectus scheint an der Atrophie unbeteiligt zu sein. Die Atrophie an den Temporallappen ist nur in den Polgebieten makroskopisch deutlich, aber wesentlich geringer als die Veränderungen des Frontalgebietes. Im Parietalbereich klaffen einige Furchen stärker, zeigen aber nicht die symmetrische Anordnung wie die bisher beschriebenen Veränderungen. Im ganzen sind die geschilderten krankhaften Befunde links wesentlich ausgeprägter als rechts. An Okzipitallappen, Kleinhirn, Pons und Medulla oblongata makroskopisch kein krankhafter Befund.

Auf Schnittflächen erkennt man, daß die bestehenden Atrophien nicht nur das Rindengebiet, sondern auch das Marklager betreffen. Die Atrophie des Rindenbandes entspricht in ihrer Stärke den schon bei Betrachtung der Hirnoberfläche sich darbietenden Veränderungen. Die Inselrinde ist im ganzen gleichmäßig schmal. Im Parietalbereich nehmen die atrophischen Veränderungen sehr schnell an Stärke ab, in den Okzipitallappen sind makroskopisch keinerlei krankhafte Vorgänge erkennbar. Die Atrophie in den Schläfenlappen besteht nur in den vordersten Polgegenden. Von den Stammganglien scheint besonders das Caudatum an dem krankhaften Prozeß beteiligt zu sein. Die Ammonsformation erscheint intakt, der Gyrus hippocampi ist leicht atrophisch. Mäßiger Hydrocephalus der Seitenventrikel, relativ stark an den Seitenhörnern. Das Ependym ist zart, glatt. Plexus ohne Besonderheit. Kleinhirn, Pons und Medulla oblongata sind makroskopisch ohne krankhaften Befund. Die Gefäße zeigen nirgends pathologische Wandveränderungen, Blutgehalt regelrecht. Die Schwefelammoniumprobe nach *Spatz* an einem Frontalschnitt ist negativ.

Brust- und Bauchhöhle: In den Knorpelknochengrenzen der Rippen feine, gelbliche, zentral gelegene Kalkeinlagerungen. Nach Fortnahme des Brustbeins sind die Lungen nicht zurückgesunken. Die vorderen Lungenränder überlagern sich, der Herzbeutel liegt nur in geringer Ausdehnung in der Spitzengegend frei. Rechts bestehen mit der seitlichen Brustwand vereinzelte bindegewebige, band- und strangförmige Verwachsungen, die mit der Hand leicht zu lösen sind. In beiden Pleurahöhlen je 100 ccm bräunlich gefärbte Flüssigkeit. Zwerchfellstand beiderseits 5. Rippe Unterrand. Fettschicht der Bauchdecken im Mittel 4 cm dick. Muskulatur hellbraunrot, auffallend kräftig. Serosa der Bauchdecken feucht und spiegelnd. An der Milz eine gut erbsengroße Nebenmilz. Das S romanum zeigt an der Eintrittsstelle in das Becken weitgehende Verwachsungen mit einem aus dem Becken überragenden, derben knollig-höckerigen Tumor. Ein Eindringen in das kleine Becken ist nicht möglich. Der Scheitel der Blase liegt jedoch frei. Herzbeutel: Wandung und flüssiger Inhalt ohne Besonderheit. Herz: Beim Durchtrennen der großen Gefäße entleert sich reichlich dunkles, geronnenes und dickflüssiges Blut. Die Herzhöhlen sind erweitert, sie enthalten Cruor und Speckhautgerinnsel. Foramen ovale geschlossen. Endocard im ganzen zart. Die Atrioventrikularklappen sind am Schließungsrand mäßig gewulstet. Die Sehnenfäden setzen zart an. Die Aortenklappen sind mäßig diffus und auch herdförmig geblich, verdickt. Die Pulmonalklappen sind zart. Abgangsstellen der Coronararterien nicht verengt. Intima der Kranzgefäße herdförmig verdickt, gelblich gefärbt. Muskulatur dunkelbraunrot, auf der Schnittfläche starker Blutgehalt, hier und da schwarzbräunlich gefärbt, ohne erkennbare Herde, schlaff. In der Aortenwurzel zarte Intimabeetchen und Leistchen. Lungen: Die Lungen behalten auf dem Sektionstisch ihre Form bei. Sie zeigen starke Blähung, besonders in den Randpartien. Kohlestaubzeichnung der Pleura deutlich, in den Randpartien nur schwach. Die Unterlappen sind schwer, in ihrem Bereich sind die Pleuren trüb, es läßt sich ein feiner Schleimbelag abstreifen. Die großen Bronchien zeigen einen etwas gestreckten Verlauf. Die Schleimhaut ist mit Blutfarbstoff getränkt, mit blasigem Schleim bedeckt. Bronchialdrüsen nicht wesentlich vergrößert, anthrakotisch. Auf der Schnittfläche verhalten sich die beiden Lungen etwa gleichmäßig. Die Unterlappen zeigen stark vermehrten Blut- und Flüssig-

keitsgehalt. Nach Abstreifen dieser Flüssigkeit findet man die Unterlappen durchsetzt von dichtgestellten gelblichen bis gelblichweißen Herdchen, die wechselnd groß sind und herdförmig konfluieren. Ein Zusammenhang dieser Herde mit dem Bronchialbaum ist mitunter erkennbar. Zwischen den gelblichen Herdchen liegen eingestreut, besonders subpleural kleinere und größere schwarzrote Herdchen, aus denen sich auf Druck reichlich Blut entleert. Milz: Größe: 13 mal 9 mal 3 cm. Kapsel zart, fein gerunzelt. Konsistenz der Milz weich. Am vorderen Rande drei wenig tiefe Einkerbungen. Auf der Schnittfläche ist die Milz schokoladenbraunrot, Pulpa abstreifbar, hiernach wird das Trabekelgerüst sichtbar, Herdbildungen sind nicht zu erkennen. Nieren: Pararenales Fettgewebe mäßig gut entwickelt. Nierengröße rechts: 11 mal 5 mal 3,5 cm; links: 12 mal 5,5 mal 3,5 cm. Kapseln zart, lassen sich leicht abziehen. Oberflächen glatt. Auf der Schnittfläche starker Blutgehalt, stark gelbliche Parenchymzeichnung. Herdbildungen sind makroskopisch nirgends erkennbar. Nierenbecken und Ureteren ohne Besonderheit. Leber: Kapsel mit der Zwerchfellunterfläche band- und strangförmig verwachsen. Die Verwachsungen sind leicht zu lösen. Auf der Schnittfläche zeigt die Leber guten Blutgehalt, deutliche Läppchenzeichnung, keine Herdbildung. Gallenblase, Gallenwege, Magen, Duodenum, Darm, Pankreas, Mesenterium ohne Besonderheit. Organe des kleinen Beckens: Blase, Rectum und Vagina ohne Besonderheit. Äußerer Muttermund queroval, Cervixteil vorhanden. Im übrigen ist von Uteruskörper und Adnexen nichts zu finden. An ihrer Stelle findet sich eine kleinkindskopfgroße, rundliche Geschwulst, mit knolliger Oberfläche, von derber Konsistenz, die auf der Schnittfläche eine für Fibromyome charakteristische Zeichnung und Färbung aufweist. Halsorgane: Kehlkopfknorpel verknöchert, Schleimhaut bedeckt mit bräunlichgelblichem, schaumigem Schleim. Trachealschleimhaut gleichfalls mit Schleim bedeckt, in der Gegend der Bifurkation stark gerötet. Schilddrüse: Vereinzelt Zystenbildung, z. T. mit glasigem Inhalt. Aorta: Die Aorta zeigt im ganzen Verlauf zarte Intimabeetchen von gelber Farbe.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Hydrocephalus externus und internus. Pachymeningitis hämorrhagica int. Atrophia cerebri. Atrophia fusca, dilatatio cordis. Atherosklerose des Klappenapparates und der Kranzgefäße. Pleuritische Verwachsungen rechts, Randemphysem, Stauung, Ödem, Herdpneumonien der Unterlappen mit Pleuritis fibrinosa, hämorrhagische Infarkte. Geringer infektiöser Milztumor. Myomatöse Geschwulstbildung im kleinen Becken, Ausgangspunkt Uterus?

Histologisch: Herz: Lipofuscineinlagerung in den Muskelfasern. Herdförmige Fragmentatio cordis. Die mittlegroßen Venen sind teilweise stark gefüllt. Lungen: Emphysen, Ödem, Stauung, Zellgehalt in den Alveolen wechselnd stark. In den kleineren und größeren Bronchien massenhaft Leukozyten und wechselnd große pneumonische Herdbildungen. Massenhaft kleinere hämorrhagische Infarkte. Auf der Pleura erscheint der Fibrinbelag hier und da von einzelnen Wanderzellen durchsetzt. Leber: Geringe Stauungsleber. Portobiliäre Zentren ohne wesentliche Reaktion. Hier und da vereinzelte Rundzellinfiltrate. In den Leberzellen außer mäßiger Lipofuscineinlagerung im wesentlichen mittel- und großtropfiger Fettgehalt. Die Endothelien sind durchweg protoplasmareich. *Kupffer*sche Sternzellen ohne Besonderheit. Nieren: An einzelnen etwa mittelgroßen Arterien hat es den Anschein als ob die Intima geringe Wucherung zeige. Im übrigen außer

einigen verödeten Glomeruli nichts Besonderes. Milz: Blut- und kernreich. In der Pulpa vereinzelte pigmenthaltige Zellen. Pankreas: Mäßige Lipomatosis. An einzelnen kleinen Arterien Intimawucherung und Verfettung von Wandbestandteilen. Vereinzelte kleine Hämorrhagien. Schilddrüse: Durchweg kleinalveolär gebaut, mit herdförmigen kleinen Adenomen. Kolloidgehalt im ganzen gleichmäßig. Die Gefäße sind blutreich. Geschwulst des kleinen Beckens: Typisches Fibromyom.

Gehirn: Es kamen Blöcke zur Untersuchung aus Frontal-, Temporal-, Parietallappen, Zentralwindung, Okzipitallappen, Inselgebiet und Stammganglien, Ammonsformation, Kleinhirn, Pons und Medulla oblongata. Gefärbt wurde nach den üblichen Methoden. Für die Darstellung der Makroglia verwandten wir statt der *Cajal*schen Färbung die von *Corten* im Zbl. f. Pathologie Bd. 50 S. 339 (1931) angegebene Färbung, die sehr gute Ergebnisse gezeitigt hat. Die Turnbullblaureaktion wurde nach Möglichkeit am alkoholfixierten Material vorgenommen.

Pia: Über den atrophischen Windungsgebieten zeigt die Pia: Vermehrung der fixen Zellen, geringe Durchsetzung mit Wanderzellen, die z. T. Verfettungserscheinungen aufweisen. Stellenweise starker Flüssigkeitsgehalt in einem wabigen zarten Gewebe. Gefäße erweitert, blutreich, anscheinend hier und da geringe diapedetische Blutungen. Die Eisenreaktion ist negativ.

Frontallappen: In den stark atrophischen Frontalgebieten zeigt das Fettbild in Rinde und Mark einen reichen Fettgehalt der verschiedensten Zellarten. Neben feintropfigem Fett in den Gefäßendothelien und in den Adventitialzellen finden sich in den perivaskulären Lymphräumen reichlich fettspeichernde Zellen, für die es eigentümlich ist, daß in ihnen das Fett mit Scharlachrot leuchtendrot gefärbt ist. Das in Gliazellen angefärbte Fett ist durchweg mehr bräunlichgeblich und in der Regel feintropfig. Im Marklager liegen in den Lymphräumen außer den beschriebenen fettspeichernden Zellen vereinzelt auch reichlicher Lymphozyten und Plasmazellen. Um die Gefäße bestehen, auch in Präparaten, die nicht durch die aufsteigende Alkoholreihe geführt wurden, auffallend weite Höfe, die mit feinmaschigem Gewebe ausgefüllt sind, das nur eine geringe Anfärbbarkeit aufweist. Auffallend ist ferner, daß in Lamina III das Gewebe schwammig erscheint und besonders kernarm ist. Schon im Fettbild sind schwere Markscheidenveränderungen (Quellungen, Blähungen) deutlich. Das Ganglienzellbild offenbart eine vollständige Zerstörung des Rindenbaues. Die schwersten Ganglienzellausfälle betreffen Lam. III, es folgen der Schwere nach II, I und dann die unteren Rindenschichten. Gliawucherung weisen besonders die Schichten II und I auf, ebenso die Markrindengrenze, so daß es oft schwierig ist, sie zu erkennen. Unter den gewucherten Gliazellen finden sich reichlich Hortegazellen. Im Marklager zeigt die Gliawucherung ausgesprochenen herdförmigen Charakter. Außer den für die *Pick*sche Atrophie charakteristischen Zellblähungen finden sich reichlich Ganglienzellen, die einfach atrophisch oder sklerosiert sind. Massenhaft Ganglienzellschatten in allen Rindenschichten. Zellblähungen weisen besonders die kleinen Ganglienzellen in Lam. I, II, V und VI auf, in IV sind sie relativ gut erhalten, in III bestehen die stärksten Ausfälle. Argentophile Kugeln liegen nicht gerade häufig in den geblähten Ganglienzellen; oft sieht man jedoch die von *Schmitz* und *A. Meyer* beschriebenen Vorstufen. Neurofibrillen sind in vielen erkrankten Ganglienzellen unscharf, jedoch nicht verklumpt. Besonders in den oberen Rindenschichten

ist die Unterscheidung zwischen geblähten Ganglienzellen und gewucherter Glia oft recht schwierig, zumal das Charakteristikum der Ganglienzelle, die Kernfalte, nicht erkennbar ist. Ein feinkörniges, blaugrün gefärbtes Pigment findet sich oft reichlich in Gefäßwandzellen, während ein grobscholliges, schwarzgrünliches und ein gelblich gefärbtes Pigment in den perivaskulären Lymphscheiden gespeichert liegt. Von diesen Pigmenten geben das in den Gefäßwandzellen beschriebene und ein Teil des grobscholligen, schwarzgrünlichen eine positive Eisenreaktion. In der Rinde enthalten auch Oligodendrogliazellen Eisen. Die Markscheiden sind in der Molekularschicht bis auf ganz vereinzelte Reste geschwunden, die Quellungen und ballonförmige Auftreibungen zeigen. Im Läppchenmark und in den tieferen Marklagern erhebliche Lichtungsbezirke, die schon makroskopisch in die Augen fallen und mit stärkerer Vergrößerung mitunter nur noch spärliche Markscheidenbruchstücke erkennen lassen. Die Faserglia zeigt im Holzerbild eine starke Wucherung der Randglia, die herdförmig in dichten Faserfilzlagen bis in die III. Rindenschicht hineinragt. In den Marklagern entspricht die Gliaproliferation durchaus den bestehenden Markausfällen. Es ist herdförmig zu einer enormen Faserfilzbildung gekommen, in der relativ wenig Kerne zu erkennen sind. Die Makroglia ist vorwiegend in Lam. II gewuchert, streckenweise aber auch gleich stark in der Molekularschicht. An der Markrindengrenze und in den unteren Rindenzonen liegen reichlich, z. T. große Gliazellen, im Mark findet man sie nur in relativ geringer Menge. An einigen Windungskuppen erkennt man ein büschelartiges Vorwachsen der Gliafasern in die Pia. In der von *Braunmühl*schen Färbung lassen sich keine Drusen nachweisen, auch Vorstufen sind nicht erkennbar.

Entsprechend den schon makroskopisch geringeren und mehr herdförmig auftretenden atrophischen Vorgängen bietet auch die histologische Durchforschung der Frontallappen in der Richtung vom Pol zur vorderen Zentralwindung ein buntes Bild mit ausgesprochen herdförmigen Veränderungen in Rinde und Mark. An den Stellen stärkster Atrophien finden sich die gleichen Bilder wie am Frontalpol. Meist handelt es sich nur um graduelle Unterschiede der sonst charakteristischen Krankheitserscheinungen. Der Fetttransport ist durchweg erheblich, ebenso der Fettgehalt der Gefäßwandzellen. Auch die in der Polgegend beschriebenen Pigmente zeigen hier ein gleiches Verhalten. Die Makroglia tritt im ganzen geringer auf, Eisen ist nicht nachweisbar. Die Markscheidenausfälle sind oft bedeutend und zeigen eine deutliche Inkongruenz zwischen Rinden- und Markprozeß. Die Wucherung der Faserglia an Stelle der Markscheidenausfälle ist ebenso wie die Wucherung der Randglia erheblich.

Temporallappen: Die Ausbreitung der Rindenatrophie im histologischen Bild entspricht durchaus dem makroskopischen Verhalten des Temporallappens, das heißt es sind im wesentlichen nur die Polgegenden stärker betroffen. Fetthaltige Abräumzellen liegen fast nur in der Umgebung von größeren Markgefäßen. Die Kapillarendothelien enthalten nur ausnahmsweise feintropfiges Fett. Im Ganglienbild fällt in den stark atrophischen Abschnitten auf, daß durch den großen Kernreichtum die Markrindengrenze oft unscharf ist. Ganglienzellausfälle betreffen vor allem die I., II. und IIIa Schicht. Neben reichlichen Zellblähungen, die hier vor allem die kleineren Ganglienzellen befallen haben, finden sich massenhaft sklerosierte und atrophische Ganglienzellen. Besonders die Hortegazellen sind vermehrt und das Holzerbild offenbart in den Rindenarealen eine starke Wucherung in

den Randzonen. Oft reichen breite Faserfilzgebiete bis an die III. Schicht. Die Makroglia, die in den Abschnitten der stärksten Atrophie nur seltener anzutreffen ist, zeigt in den weniger befallenen Rindengebieten, besonders in der II. *Brodmann*schen Schicht und an der Markrindengrenze eine deutliche Vermehrung. Makroglia und die zahlreichen geblähten kleineren Ganglienzellen sind mitunter kaum voneinander zu unterscheiden. Das Markscheidenbild weist herdförmige, oft sehr starke Ausfälle auf. In vielen Gesichtsfeldern hat man den Eindruck eines »Markscheidentrümmerhaufens«. Auch die Tangentialfasern sind stark gelichtet, die noch erhaltenen zerstückelt und aufgetrieben. An den Stellen der Markscheidenausfälle zeigt das Holzerbild starke reaktive Wucherung der Faserglia. An den Neurofibrillen keine nennenswerten Veränderungen. Argentophile Kugeln reichlich in geblähten Ganglienzellen. In den Oligodendrogliazellen ganz vereinzelt feinste Eisenablagerung. Pigment findet sich relativ wenig in diesen Schnitten, meist ist es perivaskulär in Abräumzellen gelagert.

Parietallappen: In den perivaskulären Lymphscheiden vereinzelter größerer Gefäße geringer Fettransport. Hier und da sind auch Endothel- und Adventitialzellen mit feinsten Fettröpfchen durchsetzt. Die Ganglienzellen sind durchweg lipoidreich, im allgemeinen in den unteren Zellagen stärker als in den oberen Schichten. Gröbere Störungen finden sich im Ganglienzellbild nicht. Hier und da sklerotische Ganglienzellen und ganz vereinzelt typische Zellblähungen, diese vorwiegend an den großen Zellen der V. Schicht. In den perivaskulären Lymphräumen der Gefäße an der Markrindengrenze oft reichlich bräunlichgelbliches und blaugrünliches Pigment, das die Eisenreaktion nicht gibt. Auch in Gliazellen keine Eisenspeicherung. Markscheidenausfälle finden sich nicht. An den Tangentialfasern wechselnd starke Veränderungen mit Quellung, herdförmiger Auftreibung und Frakturierung. Astrozyten liegen besonders in den unteren Schichten reichlich, im Holzerbild fällt vor allem die starke Randgliose auf. Gegenüber den atrophischen Rindengebieten sind die hier durchmusterten Rindenareale gliaarm. An den Neurofibrillen keine krankhaften Veränderungen.

Okzipitallappen: Im Fettbild Fettransport in den perivaskulären Lymphscheiden. Dieser Prozeß ist links stärker als rechts und im Mark allenthalben stärker als im Rindengebiet. Das Rindenband zeigt in der Calcarinaformation rechts cytoarchitektonische Störungen, reichliche Ganglienzellausfälle, sklerosierte Ganglienzellen, wie sie die senile Involution zeigt, und an den großen Ganglienzellen der III. *Brodmann*schen Schicht hier und da Zellblähungen mit Verlust der *Nißl*schollen und Einlagerung silbergieriger Kugeln in das Protoplasma. Die Markscheiden rechts zeigen kolbige, zylindrische und spindelige Auftreibungen, besonders stark ausgeprägt an den Tangentialfasern. Die Fasern des *Vicq d' Azyr*schen Streifens als auch die der III. und V. *Brodmann*schen Schicht weisen diese Veränderungen ebenfalls auf, jedoch wesentlich geringer als in Lam. I. Im Mark sind nur ganz vereinzelt diese Auftreibungen zu sehen. Das linke Okziput weist diese herdförmigen Veränderungen wesentlich stärker auf. Das Markscheidenbild offenbart hier umschriebene, stärkere Auflichtungen im Marklager, denen in den Gliabildern besonders eine Wucherung der Faserglia entspricht. Hier und da ist auch die Randglia zu einem dichten Faserfilz vermehrt. Im ganzen sind die krankhaften Veränderungen in den Hinterhauptslappen nicht an symmetrische Stellen gebunden. Die Eisenreaktion ist negativ, Drusen sind nicht vorhanden.

Inselrinde, Gyrus rectus und Gyri orbitales: Das Inselgebiet ist im Fettbild ohne Besonderheit. Im Gyrus rectus und in den Gyri orbitales findet sich geringer Fettransport in den perivaskulären Lymphräumen, vorwiegend im Mark. Die Ganglienzellen zeigen herdförmige Ausfälle, besonders in Lam. III und V, sind aber im ganzen nicht sonderlich stark ausgeprägt. Außer den verschiedensten Ganglienzellveränderungen finden sich geblähte Ganglienzellen nur sehr vereinzelt. Im ganzen ist das Bild sehr zellreich, massenhaft gewucherte Stäbchenzellen. In der Inselrinde zeigt schon das Ganglienzellbild, besonders in den proximalen Rindenabschnitten, einen Kernreichtum, der eine Wucherung der Glia erkennen läßt. Die Zahl dieser Kerne nimmt von proximal nach caudal ab, so daß das proximale Rindenband ein fast normales Gepräge zeigt. Ganz besonders fallen unter diesen gewucherten Gliazellen die reichlichen Stäbchenzellen auf. Neben sklerotischen Ganglienzellen finden sich hier und da auch geblähte, in den proximalen Inselabschnitten bestehen herdförmige Ganglienzellausfälle mit Bevorzugung der III. Schicht.

In der Insula Reilii, Gyrus rectus und in den Gyri orbitales Markscheidenausfälle in mäßigen Grenzen, in der Inselrinde relativ am stärksten. Tangentialfasern, besonders im Gebiet der Insel, rosenkranzartig aufgetrieben. Herdförmig liegen nur Bruchstücke von Markscheiden, die Scheibenform aufweisen. In den tieferen Rindengebieten sowie im Marklager keinerlei umschriebene Ausfälle, jedoch noch reichlich frakturierte und aufgetriebene Markscheiden. Die Neurofibrillen sind nicht verändert, die Eisenreaktion ist negativ, senile Plaques sind nicht vorhanden.

Stammganglien: Nennenswerter Fettransport findet sich nur im Caudatum. Das in den perivaskulären Lymphräumen liegende Fett zeigt durchweg eine leuchtend rote Färbung, das in den Ganglienzellen gespeicherte und in den Endothelzellen aufgenommene dagegen oft einen mehr gelblicheren Ton. Herdförmig perivaskulär und auch subependymär gelagert reichlich Amyloidkugeln. Im Kopfteil des Caudatum und in den proximalen Abschnitten des Nucleus lentiformis finden sich neben allen Formen der Ganglienzellerkrankung reichlich Ganglienzellen mit typischer Zellblähung und Einlagerung argentophiler Kugeln. Oft sind die Trabantzellen gewuchert, hier und da sieht man pseudoneuronophagische Bilder. Im Thalamus und Globus pallidus die gleichen Veränderungen, nur sind hier die Zellblähungen noch wesentlich reichlicher. Stäbchenzellen allenthalben in großer Zahl. An einzelnen größeren Arterien perivaskuläre Zellinfiltrate, meist aus Lymphozyten bestehend, Plasmazellen nur vereinzelt. Die Markscheidenausfälle zeigen im Caudatum vor allem einen Schwund an den feineren Fasern, und sie sind im Kopfteil und Schwanzteil etwa gleichmäßig stark. Im Thalamus sind es besonders die Fasern im Nucleus medialis, aber auch in der inneren Kapsel bestehen fleckförmige Markscheidenausfälle. Allenthalben finden sich kolbig, spindelig und teilweise kugelig geblähte Markscheidenbruchstücke. Die Wucherung der Makroglia betrifft vor allem den Nucleus caudatus, in wesentlich geringerem Maße den Thalamus opticus und hier insbesondere den Nucleus medialis. Die Faserglia ist besonders in den Randpartien unter dem Ependym keilförmig oder auch mehr in breiterer Front in die Stammganglien hinein vermehrt. Hier tritt sie fleckförmig etwas stärker auf, besonders reichlich aber an vereinzelten Stellen der inneren Kapsel. Das Eisen ist durchweg in Oligodendrogliazellen gespeichert, nicht in den reichlich ge-

wucherten Hortegazellen. Oft findet sich dicht neben dem eisenhaltigen Pigment in diesen Präparaten braungelblich gefärbtes grob- und feinscholliges Pigment, das bei der Ganglienzellfärbung grünlichblau bis schwarzblau erscheint. Die Eisenspeicherung betrifft bevorzugt das Striatum. Neurofibrillen unverändert, keine Drusen.

Zentralwindung: Im Fettbild zeigen hier und da die Kapillarendothelien die Aufnahme feinster Fetttröpfchen. Auch die Ganglienzellen sind vereinzelt stark mit Lipoiden angefüllt, die oft zu einem großen Tropfen vereinigt an der Peripherie der Ganglienzelle liegen. In der vorderen Zentralwindung sind die cytoarchitektonischen Veränderungen gegenüber dem makroskopischen Aussehen nur gering. Ganglienzellausfälle bestehen immer nur solitär, niemals herdförmig, bevorzugt sind vor allem die III. und V. *Brodmann*sche Schicht. Alle Formen des Zelluntergangs und die charakteristischen Zellblähungen sind reichlich vorhanden. Diese letztere Erkrankungsform zeigen besonders die *Betz*schen Riesenzellen. Reichlich proliferativ veränderte Trabantzellen, Stäbchenzellen nur gering. In der Umgebung kleinerer Gefäße in den Lymphscheiden ein in der Ganglienzellfärbung grünlich bis dunkelblaues Pigment. In der hinteren Zentralwindung sind Zellblähungen seltener, wie überhaupt hier der Untergang von Ganglienzellen geringer ist. Im Markscheidenbild sind die krankhaften Veränderungen nur mäßig stark. Die Radiärfasern sind im allgemeinen wesentlich geringer betroffen als die Tangentialfasern und die in der III. *Brodmann*schen Schicht der Rinde parallel verlaufenden Faserbahnen. Außer den verschiedensten Formen der Markscheidenauflösung finden sich an vielen Stellen auffallend plumpe und oft gezackte Bruchstücke. Die Makroglia ist nicht vermehrt, zeigt in einzelnen Exemplaren einen auffallend großen Plasmaleib. Im Holzerbild außer einer besonders stark ausgeprägten Randgliose keine nennenswerte Vermehrung der Faserglia. Die Turnbullblaureaktion ist negativ, die Neurofibrillen zeigen keine Besonderheiten. Keine Drusen.

Ammonshornformation: Im Scharlachrotbild viel Lipoide in den Ganglienzellen des Endblattes. Oft reichlich Fett in Kapillarendothelien und starker Fettransport in den perivaskulären Lymphscheiden des Gyrus hippocampi und Gyrus fusiformis. Das Ganglienzellbild zeigt keine Ausfälle von Ganglienzellen. Im Gyrus hippocampi und im Gyrus fusiformis ist die Cytoarchitektonik gut erhalten, nur wenig krankhaft veränderte Ganglienzellen. Das Markscheidenbild ist ohne Besonderheit. Makrogliazellen liegen reichlich in der Ammonsformation im Gebiet zwischen Fascia dentata und *Sommer*schem Sektor. Sie nehmen in Richtung auf das Subiculum an Dichte zu, finden aber im Rindengebiet sich in wesentlich geringerer Zahl als im Marklager. In gleicher Anordnung liegen die Astrozyten auch im Rinden- und Markgebiet des Gyrus hippocampi. Kein Eisen, Neurofibrillen nicht verändert, auch senile Drusen sind nicht nachweisbar.

Kleinhirn: Außer mehr oder minder dichten Lymph- und Plasmazellmänteln um größere Gefäße in der Umgebung des Nucleus dentatus keine krankhaften Veränderungen.

Pons: Im Fett- und Ganglienzellbild mit Ausnahme der Substantia nigra nichts Krankhaftes. Das Ganglienzellbild der Substantia nigra läßt in ganzer Ausdehnung einen deutlichen, beiderseits etwa gleichen Ausfall an Ganglienzellen erkennen. Teilweise sind die Ganglienzellen sklerosiert und das homogene Plasma frei von Pigment. Dieses liegt z. T. frei im Gewebe, teils ist es

in Gliazellen aufgenommen. Im Markscheidenbild keine wesentlichen Markscheidenausfälle, das Holzerpräparat zeigt eine geringe herdförmige Wucherung der Faserglia. Kein Eisen.

Medulla oblongata: Das Fettbild zeigt keine nennenswerten Veränderungen. In Ganglienzellbildern sind in den unteren Oliven die Ganglienzellen herdförmig ungleichmäßig angefärbt. Diese Veränderungen finden sich vor allem in den caudalen Abschnitten der Oliven. In den Präparaten, in denen diese Veränderungen auftreten, finden sich auch um kleinere Gefäße mehr oder minder dichte Mäntel aus Lymphozyten und Plasmazellen. Das Markscheidenbild zeigt von proximal nach caudal zunehmend, hauptsächlich in der Gegend des vierten Ventrikels, kolbige und rundliche Auftreibungen der Markscheiden, teilweise auch Bruchstücke von zugrundegegangenen Markscheiden. Die Makroglia ist nicht vermehrt. Im Holzerbild keine wesentliche Wucherung des faserbildenden Glia, Eisen ist nicht nachzuweisen. Ganz vereinzelte Amyloidkugeln liegen frei im Gewebe.

Nach dieser Schilderung der einzelnen Hirnregionen noch einige allgemeine Bemerkungen zum pathologisch-anatomischen Befund. Eine Wucherung des mesenchymalen Gewebes konnte mit Sicherheit nicht gefunden werden. Der in einzelnen Gesichtsfeldern reichliche Gehalt an Gefäßen findet sich allzuoft in den stark atrophischen Rindenabschnitten und dürfte daher nur eine scheinbare Gefäßvermehrung vortäuschen. Auch konnte eine vermehrte Kapillarneubildung nicht nachgewiesen werden. Skleratheromatöse Gefäßveränderungen wurden nirgends gefunden. Auch ergab sich kein Anhalt für eine durch Gehirnembolie entstandene Hirnerkrankung, wie sie nach der Anamnese wahrscheinlich gemacht wurde.

Um eine schnelle Orientierung über die systematisch-topographischen Verhältnisse unseres Falles zu ermöglichen, sei an Hand des von *Schneider* angegebenen Schemas unser Befund zusammengestellt.

Verödete Windungen: Nicht gefunden. Stark atrophische Windungen: Frontalpole und herdförmig in den Frontalwindungen, Temporalpole. Mittelstark atrophische Windungen: Herdförmig in den Gyri frontales. Schwachatrophische Windungen: Herdförmig in den Frontal- und Temporallappen, vordere Zentralwindung und vordere Partien der Insel, Gyri fusiformes et hippocampi, Gyri recti et orbitales.

Während im allgemeinen die Zentralwindungen nur selten an den krankhaften Vorgängen beteiligt sind, liegen in diesem Falle Veränderungen an ihnen vor. Die Atrophie in der vorderen Zentralwindung ist herdförmig wechselnd stark und gehört größtenteils zu den schwachatrophischen Windungen im Sinne von *Schneider*. In der hinteren Zentralwindung fanden sich die für die *Pick*sche Atrophie charakteristischen Zellblähungen. Sollte sich die Vermutung *Stiefs* als zu Recht bestehend erweisen, so fände sich ein Fortschreiten des Prozesses über die vordere in die hintere

Zentralwindung. Gegenüber bisher beschriebenen Fällen von *Pick*scher Atrophie dürfte dieser Befund eine Besonderheit darstellen.

Weiter ist bemerkenswert die verschieden starke Beteiligung von Mark und Rinde. Die erhebliche Auflichtung und der Ausfall von Markscheiden zeigte sich oft an solchen Stellen, an denen das Rindenbild nur relativ geringe krankhafte Veränderungen aufwies. Der Markprozeß ließ einen gewissen Abschluß des Krankheitsgeschehens erkennen, während in den entsprechenden Rindenarealen noch frische Krankheitsprozesse abliefen. So hat es durchaus den Anschein, als ob Rinden- und Markerkrankung unabhängig voneinander ablaufen.

Auffallend ist weiterhin, daß Eisen nur relativ wenig gefunden wurde; verhältnismäßig viel lag in den Frontallappen und Stammganglien, nur Spuren in den Temporalpolen. Dagegen war überall reichlich ein dunkelbläulich bis dunkelgrünliches Pigment nachweisbar.

Im Fettbild der Frontallappen fiel auf, daß trotz des sehr starken Markscheidenzerfalls die Lipoide in Glia und Ganglienzellen einen mehr gelblichrötlichen Ton und erst im Bereich der Gefäße leuchtend rote Farbe aufwiesen. In anderen Regionen waren diese Unterschiede nicht so gesetzmäßig nachweisbar. Ähnliches hat *v. Braunmühl* bei einem früheinsetzenden und schnell verlaufenden Fall beobachtet. *Meyer* und *Schmitz* konnten jüngst diese Farbunterschiede auch in nicht atrophischen Gebieten nachweisen, fanden aber im Gegensatz zu der vorstehend beschriebenen Beobachtung auch an den Stellen stärkster Atrophie Ganglien- und Gliazellen, die leuchtend rot gefärbt waren.

Zusammenfassung: Es wurde klinisch und pathologisch-anatomisch ein Fall von *Pick*scher Atrophie mitgeteilt, der gegenüber den bisherigen Veröffentlichungen bemerkenswert ist durch das Fortschreiten des Prozesses über die vordere auf die hintere Zentralwindung.

Die nachträglich angestellten Forschungen nach der familiären Belastung brachten keine weitere Klärung der in der Vorgeschichte niedergelegten Angaben.

Der vorstehende Fall kam zur Beobachtung in der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Johannistal b. Süchteln. Für die Anregung zu dieser Arbeit und für die freundliche Überlassung des Materials bin ich Herrn Dr. *Polstorff* dankbar.

Literaturverzeichnis:

Austregesilo (Sohn): Umschriebene *Pick*sche Gehirnatrophie Z. Neur. 143, 627 (1933). — *Bingel:* Über *Pick*sche Atrophie. (Vortrag in der Gesellschaft der Neurologen u. Psychiater Groß-Hamburg.) Ref. Zbl. Neur. 63, 830 (1932). — *Braunmühl, A. v.: Pick*sche Krankheit. *Bumkes* Handbuch Bd. 11. — *Bürger-Prinz:* Über *Pick*sche Atrophie. (Vortrag in der Sitzung der med. Gesellschaft Leipzig vom 7. II. 33.) Ref. Münch. med. Wochenschr. 1933, Nr. 24. — *Carp, E. A. D. E.:* Über die circumscripte Hirnatrophie von *Pick.* Nederl. Mschr. Geneesk. 17, 687, Ref. Zbl. Neur. 63, 87. — *Grünthal, E.:* Über ein Brüderpaar mit *Pick*scher Krankheit Z. Neur. 129, 350 (1930). — *Ders.:* Klinisch genealogischer Nachweis von Erblichkeit bei *Pick*scher Krankheit. Z. Neur. 136, 464 (1931). — *Hermann, E.:* Ein klinischer Fall der *Pick*schen Krankheit. Neur. polska 14, 111, Ref. Zbl. 63, 830. — *Horn, Ludwig* und *Stengel, Erwin:* Zur Klinik und Pathologie der *Pick*schen Atrophie. Über die nosologische Stellung der »*Pick*schen Krankheit«. Z. Neur. 128, 673 (1930). — *Kaplinsky, M. S.:* Zur Frage der Herdatrophien des Gehirns (*Pick*sche Krankheit). Z. Neur. 118, 670. — *Liebers, Max:* Zur Klinik und Histopathologie der *Pick*schen Hirnatrophie. Z. Neur. 135, 131 (1931). — *Lua, Martin:* Zur Pathologie der *Pick*schen Krankheit. Z. Neur. 128, 281 (1930). — *Moyano, Braulio A.:* Histopathologie der progressiven symmetrischen lobären Sklerose (*Pick*sche Krankheit). Semana méd. 1931 II 1921. Ref. Zbl. Neur. 63, 829. — *Onari* und *Spatz:* Anatomische Beiträge zur Lehre von der Pickschen Großhirnrindenatrophie (*Pick*sche Krankheit). Z. Neur. 101, 470 (1926). — *Bunge, W.:* Die Geistesstörungen des Greisenalters. *Bumkes* Handbuch, spez. T. IV. Berlin, Julius Springer 1930. — *Schmitz, H. A.* und *Meyer, A.:* Über die *Pick*sche Krankheit mit besonderer Berücksichtigung der Erblichkeit. Arch. Psych. 99, 747 (1933). — *Schneider, C.:* Über *Pick*sche Krankheit. Mschr. Psychiatrie 65 (1927). — *Ders.:* Weitere Beiträge zur Lehre von der *Pick*schen Krankheit. Z. Neur. 120, 380 (1929). — *Stief, A.:* Zur Kasuistik der *Pick*schen Krankheit. Z. Neur. 128, 544 (1930). — *Thorpe, F. T.: Picks* disease (circumscribed senil atrophy) and *Alzheimers* disease. J. ment. Sci. 78, 302. Ref. Zbl. Neur. 65, 403. — *Urechia, C. J.:* Contribution à l'étude de la maladie de *Pick.* Encéphale 25, 728. Ref. Zbl. Neur. 59, 86. — *Verhaart, W. J. C.:* Über die *Pick*sche Krankheit. Nederl. Tejdschr. Geneesk. 1930 II 5586. Ref. Zbl. Neur. 59, 485. — *Walter,* zit. bei Stief, Z. Neur. 128, 544 (1930).

Aus der Landesheilanstalt Jerichow a. d. Elbe.
(Direktor: O.Med.Rat Dr. *Lange*.)

Über Epilepsie bei rechtsseitigem Schläfenlappentumor.

Zugleich ein Beitrag zur Kasuistik des Cholesteatoms des Gehirns.

Von

Dr. med. **Hans Hoffmann.**

Immer wieder ist auf die Schwierigkeit der Diagnostik von Tumoren in den Schläfenlappen hingewiesen worden. Die Lokalisation eines Tumors in der linken Hirnhälfte pflegt sich im allgemeinen bald durch Erscheinungen sensorischer Aphasie bemerkbar zu machen, die ja nicht nur bei direkter Schädigung des Gyrus temporalis mit dem Wernickschen Zentrum sondern auch durch Fernwirkung bedingt auftritt. Beim rechten Schläfenlappen liegen die Verhältnisse verwickelter. Dieser gehört zu den sogenannten »stummen« Zonen. Und gerade in ihm vermag ein Tumor eine verhältnismäßig große Ausdehnung anzunehmen, ohne örtliche Erscheinungen zu machen.

Es sei hier ein Fall von rechtsseitigem Schläfenlappentumor mitgeteilt. Vorgeschichte und Krankengeschichte sollen aus verschiedenen Gründen ausführlich behandelt werden:

Vorgeschichte: Seit Kindheit hatte Pat. angeblich Ohrenlaufen. 1897 Radikaloperation r. Januar 1915 eingezogen, als Armierungssoldat in Rußland, Herbst 1915 aus dem Militärdienst entlassen. Aus den Versorgungsakten: am 9. 12. 1915 Eingabe des M. an das Versorgungsamt, er sei Anfang Juni 1915 in Rußland im Quartier gestürzt. Eine Sprosse einer Leiter brach beim Hinuntersteigen vom Boden. Er sei 4 m gefallen, will einige Sekunden betäubt gewesen sein, aber am selben Tage Dienst gemacht haben. Er leide jetzt an Schwindelanfällen und Kopfschmerzen und Schmerzen im linken Unterschenkel.

Bei Untersuchung durch den diensthabenden San.-Off. des Bez.-Kommandos am 16. 3. 1916 klagte M. über Schmerzen im r. Ohr, über eitrige Absonderung desselben sowie über Schmerzen im Mittelkopf. KDB. wurde nicht angenommen, da die angegebenen Beschwerden die Folgen einer alten Mittelohreiterung seien, die 1897 Aufmeißelung des r. Warzenfortsatzes notwendig machte. M. erhebt am 5. 6. 1916 Einspruch gegen den Bescheid des Versorgungsamtes. Er behauptet, daß er vor seiner Einstellung als Armierungssoldat noch nicht mit dem jetzt bestehenden Ohrenleiden behaftet war, soweit sich das Leiden auf die Ohreiterung bezieht. In der Folge bleibt M. bei seinen Angaben, daß die bei ihm bestehende Ohreiterung wie auch Kopfschmerzen und Schwindelanfälle Folgen des

im Juni 1915 erfolgten Sturzes seien. In einem Gutachten vom 14. 11. 1916 wird KDB. wiederum abgelehnt: R. alte typische Radikaloperation. Unter Ohrmuschel pfennigstückgroße Narbe, die in die epidermisierten Mittelohrräume führt. Pauke trocken. Herabsetzung des Gehörs r., objektiver Schwindel nicht vorhanden, kein Nystagmus.

Am 19. 1. 1919 reicht M. ein ärztliches Attest ein: Haut-, Sehnen- und Gefäßreflexe gesteigert. Kopf in r. Ohrengegend klopfempfindlich. M. klagt über Eiterung des r. Ohrs, Reißen im Kopf, bei größerer Wärme ab und zu Ohnmachtsanwandlungen.

Am 25. 3. 1920 findet eine Untersuchung des M. durch Prof. *K.* in M. statt. Nach dem Gutachten handelte es sich bei M. um eine abgeheilte Radikaloperation r., lks. um eine Mittelohrschwerhörigkeit, bedingt durch Adhäsivprozesse als Folgeerscheinungen von jedenfalls viele Jahre zurückliegenden entzündlichen Vorgängen im lk. Mittelohr. Es wurde angenommen, daß die Gehörherabsetzung r. Folge der Operation sei. Auch Schwindel und Kopfschmerzen seien als Folgeerscheinungen der Radikaloperation aufzufassen, die nicht selten und durch die Fortnahme von Knochenpartien und des Trommelfells als den natürlichen Schutz der Bogengänge bedingt seien. Neurologische Besonderheiten waren nicht festzustellen.

1926 fand eine Untersuchung durch einen Nervenfacharzt statt. Diesem klagte M. über Anfälle seit dem Kriege und über Hörverschlechterung. Nach der Beschreibung waren die Anfälle organisch-epileptischer Natur mit Amnesie, Zungenbiß usw. Neurologisch linke Pupille größer als die rechte, beide zeigten träge Allgemeinreaktion. Sonst neurologisch o. B. (Dieser Befund fand sich nicht in den Versorgungsakten des M., sondern wurde erst von hier aus nachträglich eingeholt.)

Im Juni 1927 erneuter Rentenantrag wegen »Nervenleiden, Epilepsie und Verlust des r. Gehörs. Das Leiden äußert sich durch Machtlosigkeit im Körper und epileptische Anfälle.« M. gibt über die Ursache — im Gegensatz zu früheren Ausführungen — an: »Durch Niedersausen eines Granatzünders bekam ich einen heftigen Schreck, demzufolge sich sofort ein Zittern im ganzen Körper einstellte. Ich lag darauf 3 bis 4 Tage in der Revierstube. Die Anfälle traten erst in leichter Form auf, haben sich aber in den letzten Jahren zunehmend verschlimmert, so daß bis zu sechs Anfällen pro Tag zu verzeichnen sind.«

In späterer Zeit macht M. wieder andere Angaben über den Unfall im Jahre 1915. Er will nicht mehr von der Leiter gefallen sein, sondern er sei aus einem Unterstand gekommen, als der Granatzünder niedersauste. 1931 wurde M. endgültig ab- und an das RVA. gewiesen.

Am 18. 7. 1932 wurde M. wegen Krämpfen in das Kreiskrankenhaus in B. eingeliefert. Ich lasse die dortige Krankengeschichte hier folgen: T 36,2; P = 60; Babinski +. Blasenfunktion nicht intakt, Dauerkatheter, WaR. im Blut negativ. 28 7.: es wird zerebrospinale Blutung angenommen, Lumbalpunktion kein bernsteinfarbener Liquor, Druck 170, WaR. negativ. 5. 8.: Lähmung plötzlich verschwunden. Pat. wird spazierengehenderweise plötzlich aufgefunden. 10. 8.: Aufgeregtes Wesen, maniriertes Sprechen und Gebaren.

Am 19. 8. 1932 erfolgte die Verlegung des M. in unsere Anstalt. Körperlicher Befund: Hinter dem r. Ohr Loch, das in die

Tiefe führt. Trommelfell, Gehörknöchelchen fehlen, Höhle trocken. Auf der Stirn links neben der Medianlinie alte, reizlose, oberflächliche Narbe. Haltung und Gang o. B. Herz und Lungen ohne wesentlichen Befund. Stuhlgang und Blasenfunktion intakt. Pupillenreaktion auf L und C bei runden, gleich weiten Pupillen vorhanden. Dermographismus +, Tremor dig. et palp. +, mechanische Muskelerregbarkeit +, Patellarreflexe beiderseits gesteigert, Babinski wegen Kitzlichkeit des Pat. nicht zu prüfen, aber kein Gordon, kein Oppenheim. Kein Romberg. N. facialis und V. motorisch intakt. Trigeminusäste nicht schmerzhaft. Augenbewegungen frei, Sensibilität und Motilität intakt. Keine halbseitigen Differenzen, alles r. = lks. Knie — Hacken und Zeigefinger — Nasenspitzenversuch o. B. Die Untersuchung des Augenhintergrundes fand nicht statt. Kein Schwabsches Syndrom.

Psychischer Befund und weiterer Verlauf: Der Patient ist zeitlich und örtlich orientiert. Bei der Betrachtung des Kranken fallen seine Ausdrucksbewegungen auf, die er bei der Unterhaltung zeitweise zutage bringt, gleichsam mit ihnen seinen Äußerungen Nachdruck verleihend. Er wippt leicht auf den Zehen, biegt sich in den Hüften, macht mal ein dummes, mal ein erstauntes, mal ein pfiffiges Gesicht, immer stehen dann seine Körperbewegungen wie auch seine Mimik in Übereinstimmung mit seinen sprachlichen Äußerungen. Bei längeren Explorationen macht sich bei dem Kranken eine Erschwerung des Gedankenganges in einer umständlichen, gespreizten Art des Redens geltend. Dabei bevorzugt er wieder dieselben stereotypen Redensarten, die unbestimmt oder sentenzartig sind bei kürzeren Unterhaltungen. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind herabgesetzt. Der Patient bietet nicht das Bild eines salbungsvollen, in seinem Wesen schmierenden, devoten Menschen mit hypochondrisch gefärbter Aufmerksamkeit auf das eigene Ich, sondern mehr das eines gutmütigen, lenksamen, im ganzen stumpfen Kranken mit deutlich schwachsinnig dementer Färbung, manchmal mätzchenhaft wirkend und bei dem zeitweise Nichtigkeiten genügen, um ihn zu kurzdauernder affektiver Explosion zu bringen. So folgte er bei der Außenarbeit den Anordnungen eines Pflegers nicht, wurde ohne tieferen Grund gereizt und erregt, so daß er ins Gebäude gebracht werden mußte. Erregt sich nachmittags bei der Visite wieder, brüllt den Arzt an, ist ein anderes Mal gereizt erregt, als ihm beim Baden die Nägel beschnitten werden sollten. An manchen Tagen macht er einen leicht verstimmten Eindruck. — Am 12. 9. 1932 kommt er am Tage in die Küche des Hauses, um dort zu urinieren, lief in einigen Nächten im Schlafsaal umher, weil er nach dem Austreten nicht mehr in sein Bett fand, bzw. erst gar nicht zum Klosett hinfand, trotzdem sein Bett in einer zu diesem günstigen Lage war. Er mußte deshalb in ein geschlossenes Gebäude zurückgenommen werden.

Anfälle hatte M. am 29., 30. und 31. VIII. tags, dann am 2. und 3. X. 32 tags, am 4. X. nachts 1, am 12. II. 33 nachts 1, in der Nacht vom 13./14. und 14./15. II. je 2 Anfälle. Pat. hatte also während des Aufenthaltes hier in der Zeit vom 19. 8. 32 bis 15. 2. 33 insgesamt 12 Anfälle. Sämtlich waren typisch epileptischer Natur: allgemeine tonisch-klonische Zuckungen, Bewußtlosigkeit, Einnässen. Die Anfälle dauerten durchschnittlich fünf Minuten, danach schlief der Pat im allgemeinen eine Stunde, wachte auf, wußte von nichts.

Bei dem letzten nächtlichen Anfall am 15. 2. 33 fiel der Pat. aus dem Bett, schlug dabei offenbar mit dem Hinterkopf zuerst auf das eiserne Kopfende, dann auf den Boden. Er klagte danach über Kopfschmerzen, beschmutzte sich mit Kot. Die Tage danach machte er einen benommenen Eindruck, hatte einmal Erbrechen, keine Pulsverlangsamung. In der Nacht vom 16./17. II. Unruhe, Benommenheit, Pulsverlangsamung. Am 17. II. Temperaturanstieg (38,2 und 37,8), am 18. II. 33 Exitus unter Temperaturanstieg bis 41,2.

Sektionsbefund: Gehirn wiegt 1570 g. Nach Abnahme des Schädeldaches findet sich im Bereich der r. Hirnhemisphäre zwischen Hirnoberfläche und Dura eine ausgedehnte frische, flächenhafte Blutung. Ferner findet sich nach Herausnahme des Gehirns und nach Abziehen der Dura von der Schädelbasis eine frische, starke Blutung zwischen Dura und Schädelknochen. Diese letztere Blutung ist links gelegen. Dann gehen unterhalb der Pars petrosa des Os temporale links Frakturlinien durch den Knochen. Eine von oben verläuft dann noch nach rechts hinüber, um dort dicht unterhalb der Pars petrosa des Os temporale zu enden. Auf der Höhe der Pars petrosa l. ist eine Knochenlamelle von der Größe des Kleinfingernagels aus ihrer Umgebung herausgelöst. Die rechte Hemisphäre zeigt im Vergleich zur linken eine im ganzen festere Konsistenz, die besonders im Schläfenlappen lokalisiert ist. Bei Eröffnung des r. Seitenventrikels löst sich vom Corpus callosum eine kleinkirschgroße, perlmutterartig glänzende Kugel, die an der Tela chorioidea gesessen hat. Der Boden des r. Seitenventrikels ist im Vergleich zum linken stark nach oben gewölbt. Auf dem Schnitt zeigt sich das Mark des r. Schläfenlappens von einer gelblichen Masse durchsetzt, die schalenförmig übereinandergelagert ist. Die Rinde des Schläfenlappens ist frei von Veränderungen. Die tumorösen Massen betreffen fast den ganzen rechten Schläfenlappen und gehen nach hinten bis an die medialen unteren Partien des Hinterhauptlappens heran. Das Stirnhirn ist völlig frei. Vom Mark des Schläfenlappens reichen die Veränderungen nach oben in das Inselgebiet hinein. Vom Antrum und inneren Ohr ist der Tumor r. wie lks. vollständig getrennt.

Mikroskopischer Befund (Path. Institut Stettin): Die Wand des Tumors besteht aus sehr schmalen, zellarmen, teilweise gefäßreichem Bindegewebe, das nur stellenweise und dann auch nur sehr spärlich von Zellen an seiner Innenfläche bedeckt ist. Diese Zellen sind einschichtig, nur an sehr wenigen Stellen zweischichtig. Die Zellen sind polygonal, enthalten oft Keratohyalinkörnchen. Nach innen von diesen Zellen und dort, wo der Zellbelag fehlt, direkt an das schmale Bindegewebe angrenzend, finden sich, das ganze Innere des Tumors ausfüllend, parallel verlaufende, mit Hämalaun gut und intensiv färbbare Lamellen (cholesterinhaltig). Außen ist der Tumor allseitig von Hirngewebe umgeben, das durch Druck in den direkt angrenzenden Teilen zusammengepreßt, stellenweise erweicht ist. In einem kleinen Bezirk finden sich direkt an das Bindegewebe des Tumors außen angrenzend gelapptkernige Leukozyteninfiltrate. Es handelt sich nach dem ganzen Aufbau um ein Cholesteatom (Epidermoid).

Im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen in unserem Falle die Anfälle. *Gruhle* betont, daß die beobachteten Fälle

symptomatischer Epilepsie sich auf Kosten der genuinen vermehrten. »Der epileptische Anfall als Symptom der Reaktion gewisser motorischer Apparate des Hirns auf mannigfaltige direkte oder indirekte Schädigungen kann nicht bei vielen Erkrankungen des Gehirns von vornherein ausgeschlossen werden. Es gibt Fälle von Tumoren, bei denen die Anfälle jahrelang doppelseitig verlaufen und keinen Herdcharakter tragen.« *Heymann* weist auf die Beobachtung hin, daß jahre-, ja selbst jahrzehntelang bestehende epileptische Krämpfe das einzige Zeichen einer Neubildung im Gehirn sein können.

Knapp weist darauf hin, daß Schläfenlappentumoren relativ häufiger als anders lokalisierte Hirntumoren in der Mehrzahl der Fälle von typischen ausgebildeten epileptischen Konvulsionen begleitet sind (*Astwazaturow*, *Chotzen*, *Goldberger*, *Hendrian*, *Janus*, *Kutzinski*, *Löwenstein*, *Mackrocki*, *Mills*, *Pfeifer*, *Sander*, *Singelmann*, *Ulrich* u. a.). *Astwazaturow* und auch *Hendrian* glauben von einer Bevorzugung der rechten Schläfenlappenseite sprechen zu müssen, doch meint *Knapp* wohl mit Recht, daß diesen Fällen von Epilepsie bei rechtsseitigem Schläfenlappentumor eben solche der linken Schläfenseite in genügender Anzahl gegenüber gestellt werden können.

Zu dem Charakter der in unserem Fall beobachteten Krampfanfälle ist zu sagen, daß sie niemals von Jacksonschen Symptomen begleitet wurden, sondern als typische allgemeine epileptische Krämpfe allein auftraten. Es konnte nicht festgestellt werden, daß sie durch eine Geruchsaura eingeleitet wurden. Da Geschamck und Geruch im Gyrus hippocampi und im Uncus lokalisiert sein sollen, wird man annehmen müssen, daß bei einer Geschwulst, die auf diese Hirnteile drückt, Störungen dieser entstehen, für den Geruch auf der Seite des Tumors, für den Geschmack auf der entgegengesetzten Seite. Geruchs- und Geschmacksstörungen konnten in unserem Falle nicht nachgewiesen werden. (*Oppenheim* ist auf Grund von genauen statistischen Angaben *Cushing*s der Ansicht, daß solche mit Geruchs- oder Geschmackssensationen sich einleitenden Fälle sehr charakteristisch für den Sitz der Neubildung im Schläfenlappen sind.)

Neurologische Besonderheiten bot der Kranke während seines Hierseins nicht. Bemerkenswert ist aus der Vorgeschichte, daß auch 1920 keine und 1926 außer der trägen Reaktion der damals ungleich weiten Pupillen ebenfalls keine neurologischen Erscheinungen festgestellt wurden.

Die Veränderung der Pupillenweite ist das häufigste Pupillensymptom bei Tumoren des Schläfenlappens. In den meisten Fällen ist sie gleichseitig; es sind aber auch genügend Fälle beschrieben, in denen die erweiterte Pupille auf der dem Tumor entgegen-

gesetzten Seite lag. Diese Beobachtung wurde an unserem Kranken im Jahre 1926 also ebenfalls gemacht. Die Tatsache, daß dieser damals erhobene Befund jetzt hier nicht mehr festgestellt werden konnte, ist nichts Widersprechendes, da die Pupillenstörungen immer nur vorübergehender Natur sind, so lange das Sehvermögen besteht (*Knapp*).

Der Gedanke, die Gehörstörungen, die bei dem Kranken bestanden, als ein Tumorsymptom in Erwägung zu ziehen, lag bei Würdigung der Vorgeschichte nicht nahe, wie ja auch in früheren Jahren die Symptome wie Kopfschmerz und Schwindel auf die bei ihm bestehenden Ohraffektionen bezogen wurden. Außerdem geht aus den Versorgungsakten hervor, daß man an der Glaubwürdigkeit der Angaben Zweifel hegte, was wohl in der Hauptsache auf die in den Schilderungen über die vermeintlichen ursächlichen Momente (Unfall) bestehenden Widersprüche zurückzuführen sein mag. 1932 zeigten sich bei dem Kranken die Zeichen einer zerebrospinalen Blutung, die aber scheinbar ebenso plötzlich verschwanden, wie sie gekommen waren. Hier waren irgendwelche Residuen nicht mehr zu finden. Der Kranke bot außer den Anfällen psychische Charakterveränderungen im Sinne des epileptischen Charakters mit dementer Färbung: Erschwerung des Gedankenganges, umständliches gespreiztes Reden bei längeren Explorationen — bei kurzdauernden bevorzugte er täglich sich wiederholende Redensarten unbestimmter und sentenzartiger Natur — Abnahme des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, zeitweise hochgradige Affekterregbarkeit und Desorientierung.

Nicht in das Bild des Epileptikers zu passen schien uns das, was wir als »mätzchenhaft« bezeichnet haben. Das Mätzchenhafte zeigte sich nicht nur hie und da in seinen Ausdrucksbewegungen, sondern auch in den gleicher Zeit vorgebrachten sprachlichen Äußerungen. Wir glauben, es in das Gebiet der Euphorieerscheinungen hineinverlegen zu können. *Sterling* betont den Unterschied zwischen der *Jastrowitz*schen Moria, die aus einer Demenz mit einer gewissen heiteren Stimmung besteht, und der »Witzelsucht« *Oppenheim*s, da nicht immer die humoristisch-euphorische Stimmung der Kranken mit der Neigung zu Witzen einhergeht und umgekehrt die Witzelsucht auch bei zorniger oder deprimierter Stimmung vorkommt. Wiewohl uns das Kriterium, daß der Kranke in unserem Fall vor Krankheitsausbruch keine Neigung zu witzigen Bemerkungen gehabt hat, fehlt, anamnestisch nicht sicher geklärt werden konnte, glauben wir die Witzelsucht bei ihm als spezifisches Produkt der psychischen, vom Hirntumor abhängigen Alteration ansehen zu dürfen. Wir sagen »Witzelsucht«, da die witzigen Bemerkungen, welche immer von den geschilderten Ausdrucksbewegungen begleitet waren, hier nie abhängig waren von einer

euphorischen Stimmung, die im Krankheitsbild nicht vorherrschte. Eine Antwort, die für den Kranken bezeichnend war, sei wiedergegeben; auf die Frage, ob die oberflächliche Stirnwunde eine Schußverletzung sei, meinte er: »Der janze Kopp is eene janze Schußverletzung.«

Der Verlauf der Krankheit ist hier über einen Zeitraum von 18 Jahren zurückzuverfolgen. Er kann in drei Phasen eingeteilt werden: Phase I (1915—1926). Im Vordergrund standen Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, die angeblich im Anschluß an den sicher nicht schweren Unfall auftraten. Phase II (1926 bis 1932) mit epileptischen Anfällen und plötzlich eintretender Drucksteigerung, die durch Blutung in die Geschwulst bedingt war und sich wie ein apoplektischer Anfall ausnahm. Phase III (1932 bis 1933) mit epileptischen Anfällen und psychischen Symptomen, welche außer der Witzelsucht sich dem Bilde des Epileptikers einfügten, und Exitus infolge Schädelbasisfraktur.

Der Tumor war in vorliegendem Falle ein echtes Cholesteatom (Epidermoid). Die echten Cholesteatome sind fetaler Genese und immer epidermoiden oder dermoiden Charakters, je nachdem es zu einer frühzeitigen Einlagerung entweder von Epithelzellen oder embryonalem Dermagewebe in die Pia mater kommt. Sie sind selten und stellen nach *Cushing* 1% aller intracraniellen Neoplasmen dar. Von den Autoren wird übereinstimmend festgestellt, daß die Cholesteatome sehr häufig keine Symptome machen und oft Zufallsbefunde bei der Obduktion darstellen. *Smirnov* weist weiter unter Anführung der einschlägigen Literatur darauf hin, daß sie oft keine Symptome machen, auch wenn sie eine bedeutende Größe erreichen und in physiologisch gut bekannten Zentren des ZNS. gelegen sind. Das Wachstum dieser Tumoren soll ein langsames sein.

Schwierig zu beurteilen ist nachträglich in unserem Fall der Zusammenhang zwischen der Geschwulst und dem Trauma. Diese Zusammenhänge lassen sich nicht nach bestimmten Schemen beurteilen, sondern nur das Resultat rein medizinischer Überlegungen und Folgerungen aus dem zur Beurteilung vorliegenden konkreten Fall im ganzen, d. h. in seiner Entstehung, Entwicklung und seinem Verlauf, darf uns bestimmen, die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang mit einem vorausgegangenen einmaligem Trauma zu bejahen oder zu verneinen. Hier sind Tumorerscheinungen vor dem Unfall im Felde nach der uns zugänglich gewordenen Vorgeschichte nicht vorhanden gewesen. Das Trauma ist auch wohl nicht erheblich gewesen. Ein halbes Jahr später sind aber Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, die wir als erste Tumorzeichen ansehen, aufgetreten. Die Möglichkeit, daß durch das Trauma das Wachstum des Tumors hier relativ beschleunigt worden ist, kann nicht von der Hand gewiesen werden.

Zusammenfassung.

1. Es wurde ein rechtsseitiger Schläfenlappentumor beschrieben, bei dem nur Allgemeinsymptome vorhanden waren, die eine topische Diagnose nicht erlaubten, und bei dem das Fehlen dauernder neurologischer Besonderheiten bemerkenswert war.

2. Es handelte sich um ein von der Tela chorioidea ausgehendes echtes Cholesteatom (Epidermoid).

3. Der beschriebene Fall ist auch wichtig für die Beurteilung der Länge des Bestehens eines Hirntumors.

Literatur.

Artom, Archiv f. Psych. Bd. 69. — *Cushing, H.,* Surg., gynecol. a. obstret., Bd. 34, 1922. Ref. im Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 30. — *Fadyan, M.,* Veterinary Journ. 1911, Ref. Neurolog. Zentralblatt, 32. Jg., 1913. — *Heymann, E.,* Medizin. Klinik, 1932, Nr. 13. — *v. d. Horst,* Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 108. — *John, K.,* Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 127. — *Knapp,* Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 42. — *Meyer, M.,* Würzburger Abhandlg. a. d. Gesamtgeb. d. Med. Bd. 22, 1925. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 42. — *Meyer, R. W.,* Virchows Archiv CCXI, 1913 u. Ref. Neurol. Zentralblatt 32. Jg., 1913. — *Pallaske, G.,* Arch. f. wiss. u. prkt. Tierheilkd., Bd. 53, 1925. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 42. — *Pfeifer, B.,* Psychosen bei Hirntumoren, Bumkes Handbuch, 1928. — *Puusepp,* Fol. neuropath. Estoniana, 1927, Bd. 7. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 49. — *Schlegel, M.,* Arch. f. wiss. u. prkt. Tierheilkd. Bd. 50, 1924, Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 44. — *Schwab,* Archiv f. Psych. Bd. 77, 1926. — *Smirnov, L.,* Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 44. — *Sterling,* Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 12. — *Wilde, A.,* Mediz. Kl. 1926, Nr. 14. — *Frank,* Allg. Z. f. Psych., Bd. 46.

(Aus der oberbayrischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar.
Direktor: Obermedizinalrat Dr. *Ast*.)

Über die Kriterien der Anstaltsbedürftigkeit.

Von
Friedrich Hölzel.

(Vortrag, gehalten auf der Versammlung der Vereine südwestdeutscher und bayrischer Psychiater in Nürnberg, Okt. 1933.)

Als »anstaltsbedürftig« sind in den folgenden Ausführungen solche Kranke bezeichnet, die der Behandlung in einer Heil- und Pflegeanstalt oder einem gleichartigen Institut bedürfen. Der Begriff der Anstaltsbedürftigkeit, so bedeutungsvoll er für uns infolge der Not der letzten Jahre geworden ist, hat doch im psychiatrischen Schrifttum — abgesehen von Arbeiten über das Sparproblem — bisher nur wenig Behandlung erfahren. Früher erwog man, ob für einen Kranken Anstaltsbehandlung in Frage komme, ob sie wünschenswert, zweckmäßig oder vielleicht sogar notwendig sei; man unterschied eine relative und eine absolute Indikation. Die unausweichliche Pflicht, die staatlichen Kostenträger zu entlasten, führte in den letzten Jahren zu fortschreitender Einschränkung der Indikationsbreite, und wir wurden genötigt, die Kriterien für diesen eingeengten Begriff der Anstaltsbedürftigkeit schärfer zu fassen und für jeden Einzelfall möglichst klar zu überlegen, ja, geradezu zu benennen. Die Fragestellung, immer mehr nach dem sozialpsychiatrischen Grenzgebiet verschoben, lautet nunmehr: Kann der Kranke ohne erhebliche Schädigung seiner selbst oder seiner Umgebung anderswo gepflegt werden, oder muß er in der Anstalt sein? wenn ja: aus welchen Gründen?

Auf diese klare Frage klar zu antworten, erweist sich oft als gar nicht so leicht. Die gewohnten Begriffe der klinisch-diagnostischen Terminologie sind für den Zweck kaum verwendbar, denn es leuchtet ja ohne weiteres ein, daß z. B. das Vorhandensein von Sinnestäuschungen oder Wahnideen noch nichts über die Anstaltsbedürftigkeit besagt; selbst bei einem Erregungszustand ist nicht die Art des Phänomens, sondern sein Grad ausschlaggebend. Man gelangt so, je kritischer man die gestellten Fragen zu Ende zu denken sucht, immer mehr zu allgemeinverständlichen Begriffen, deren Aufstellung und Um-

grenzung von subjektiven Besonderheiten des Untersuchers abhängt. Gerade darum aber mag der Versuch gerechtfertigt erscheinen, einmal an Hand einer praktischen Untersuchungsreihe diesen sozialpsychiatrischen Begriffen nachzugehen, ob auf solchem Wege bei den fließenden und einer Gestaltung widerstrebenden Erscheinungen und Zusammenhängen dieses Gebiets eine Gliederung oder wenigstens aufschlußgebende Einblicke zu gewinnen seien.

Unter diesem Gesichtswinkel kann das Sparproblem nur ganz oberflächlich gestreift werden, nachdem ohnehin erst vor kurzem Herr Direktor *Ast* es für unsre oberbayrischen Verhältnisse erschöpfend behandelt hat. Noch weniger gestattet der Rahmen ein Eingehen auf die *Bratz*sche Preisarbeit. Denn die vorliegende Untersuchung will sich nicht unterfangen, Wege aufzuzeigen, auf denen die Befürsorgung unsrer Kranken weiter verbilligt werden könnte, sondern es soll nur möglichst unvoreingenommen an einem Querschnitt festgestellt werden, was eigentlich zurzeit die Anstaltsbedürftigkeit bedingt.

Zu dem Zweck habe ich alle männlichen Kranken, die sich Mitte September 1933 im Abschnitt *Haar* befanden, daraufhin untersucht, warum sie nicht entlassen werden können, weder in die Obhut der Außenfürsorge noch in eine einfache Pflegeanstalt. Wenn auch die Zahl von 425 Kranken für statistische Zwecke zu klein ist, so wird dieser Nachteil m. E. dadurch aufwogen, daß alle Kranken unter genau gleichen Gesichtspunkten beurteilt sind, da ich jeden persönlich kenne; außerdem sollen die Zahlenangaben nur ungefähr veranschaulichen, in welcher Häufigkeit die abstrahierten Eigenschaften gefunden wurden.

Zunächst ergab sich nun, daß 14 von diesen Kranken im regelrechten Heilverlauf in nächster Zeit probeweise entlassen werden können. Ferner ließen sich 12 Kranke abtrennen, die ohne schwerwiegende Bedenken in einer einfachen Pflegeanstalt sein könnten. Bei den übrigen 399 Kranken wurde der Grund ihrer Anstaltsbedürftigkeit festgestellt, bei mehreren konkurrierenden Gründen jeweils der vordringlichste. Die so gefundenen Kriterien wurden in so wenig Gruppen zusammengefaßt, als möglich war, ohne dem Leben gröberen Zwang anzutun, und so ergab sich folgende Aufstellung:

1. die Erregten (akut, chronisch, periodisch), deren Unruhe unmittelbar Krankheitssymptom ist; 2. die unberechenbar Gewalttätigen, die nicht augenfällig erregt sind; 3. die Labilen und Explosiven, bei denen äußerer Anlaß unangemessene Verstimmung oder Erregung auslöst; 4. die Unfriedenstifter (Streitsüchtige und Schabernacktreiber); 5. die bedenklichen Wahnkranken, die es nicht vermeiden können, aus ihrem Wahn her-

aus mit der Umgebung Konflikte bis zu unberechenbarem Ausmaß zu bekommen; 6. die schwermütig Verstimmten; 7. die »Kataton-Gestörten« mit den Untergruppen der Ratlosen und mangelhaft Geordneten, der Gesperrten und der »Verkehrten« (im Reden und Handeln); 8. die »Eigensinnigen« (uneinsichtig, schwer zugänglich); 9. die mit psychopathischen Charakterzügen Behafteten mit den Untergruppen der Haltlosen, der Trinker, der Landstreicher und der Sittlichkeitsgefährlichen; 10. die Verwirrten; 11. die hochgradig Siechen.

Die Verteilung der zahlenmäßig wichtigsten Krankheitsformen auf diese Säulen mag die beigefügte Tabelle veranschaulichen. Es sind darin gesondert berücksichtigt: der schizophrene (Dp.) und der manisch-depressive (Md.) Formenkreis im weitesten Sinne, die Epilepsien (Ep.), die Paralysis progr. (Pp.), die chronische Encephalitis epidemica (Enc.), die Oligophrenie (Ol.) und die Psychopathien (Ps.).

	zus.	Dp.	Md.	Ep.	Pp.	Enz.	Ol.	Ps.	Pol.	%
1. Erregte	93	70	7	5	8	—	2	—	60	65
2. Gewaltt. ...	13	12	—	1	—	—	—	—	10	77
3. Lab. Expl.	36	18	—	4	—	3	7	2	18	50
4. Unfried.	18	2	1	7	—	5	2	—	7	39
5. Wahnkr. ...	41	38	—	—	1	—	—	—	31	75
6. Verstimmt	16	9	7	—	—	—	—	—	7	44
7. Ratlos	17	17	—	—	—	—	—	—		
Gesperrt ...	29	28	—	—	1	—	—	—	48	55
Verkehrt ...	41	39	—	—	2	—	—	—		
8. Eigens.	28	14	—	1	6	—	—	—	10	37
9. Haltlos	13	3	—	—	1	—	7	2	6	46
Alkoh.	8	—	—	—	—	—	2	—	4	50
Landst.	8	4	—	—	—	—	2	2	3	38
Sex. gef. ...	17	1	—	—	1	1	10	2	14	82
10. Verwirrt ...	15	—	—	10	2	—	—	—	7	47
11. Siech.......	6	—	1	—	1	1	—	—	2	33
insges. ..	399									

Den Hauptanteil von 23% bestreiten die erregten Kranken, von denen 70, also dreiviertel, schizophren sind. Die einzigen Gruppen, bei denen die Schizophrenen relativ schwach vertreten sind, sind die Streitsüchtigen (2) und die Sittlichkeitsgefährlichen (1). Aufschlußreich ist auch die Verteilung der Epileptiker: Das Gutachten eines Bezirksarztes über die Anstaltsbedürftigkeit eines Epileptikers wurde einmal höheren Orts beanstandet, weil es keine Angaben über die Häufigkeit der Anfälle und über das Intelligenzalter enthielt. Gewiß ist die Zahl der Anfälle zu berücksichtigen, und der Intelligenzbefund hat in

jedem Gutachten eine — wenn auch oft nur formale — Bedeutung, aber als ausschlaggebend für die Anstaltsbedürftigkeit erwiesen sich bei den Fällen unsrer Untersuchungsreihe andere Gründe, nämlich Erregung, Dämmerzustände und besonders die typischen epileptischen Charakterveränderungen. Bei den Paralytikern fallen eigentümlich katatonische Zustandsbilder auf: wir finden einen Stuporösen und zwei »Verkehrte«; auch die Erregung der acht unruhigen Paralytiker ist ausgesprochen katatonisch gefärbt. Unbehandelt sind der Sieche und ein Erregter.

Von den Enzephalitikern findet sich die Mehrzahl (fünf durchweg jugendliche) unter den Unfriedenstiftern; es sind die eigentlichen »Schabernacktreiber«. Die angeboren Schwachsinnigen sind am stärksten in der Gruppe der Sittlichkeitsgefährlichen vertreten; außerdem bilden die sieben streitsüchtigen Imbezillen eine charakteristische Gruppe.

Bei den Psychopathen erscheint es vom Gesichtspunkt der Fürsorgeverbände — und nicht nur von diesem aus — erforderlich, die Anstaltsbehandlung durch schwerwiegende Gründe besonders zu rechtfertigen. Wir finden unter den acht Psychopathen unsres Materials einen seine Familie dauernd drangsalierenden und bedrohenden Gesichtsverletzten und einen eben erst aufgenommenen gefährlichen Erregbaren, ferner zwei jugendliche Streuner, zwei Exhibierer und bei den Haltlosen zwei, die ich nach dem vorstechendsten Merkmal »Fürsorgeschmarotzer« nennen möchte: sobald man sie hinausschickt, verursachen sie durch ihre Unternehmungen, Suchten und Krankenhausaufenthalte der öffentlichen Hand ganz unverhältnismäßig hohe Kosten.

Die Alkoholisten mit übler Prognose sind hier gesondert zu einer Gruppe von acht zusammengefaßt: nur zwei davon sind, abgesehen von ihrer Sucht, vollsinnig; zwei sind imbezill, die übrigen defekt durch den chronischen Alkoholismus, einer nach Delir, einer nach Pachymeningitis.

Die Zahl derer, die unbedenklich in eine Pflegeanstalt gebracht werden könnten, mag mit 2,8% der Gesamtzahl niedrig angenommen erscheinen. Bei weitherzigster Beurteilung des Risikos könnte man die Zahl vielleicht bis zu 8,7% erhöhen, wovon allerdings beinahe gesetzmäßig ein Teil fehlschlagen müßte; z. B. hat die Nachprüfung bei den in einem größeren Zeitraum nach zwei Pflegeanstalten (Schönbrunn und Johannesbrunn) verlegten männlichen Pfleglingen ergeben, daß jeweils mehr als ein Viertel wieder zurückgekommen sind. Bei dem dieser Untersuchung zugrunde liegenden bereits gesiebten Material sind die Aussichten wohl noch ungünstiger. Solche zum Teil aus einer etwas dogmatischen Einstellung den einfachen Pflegeanstalten zugemutete Kranke bilden die Gruppe, von der Herr Direktor *Ast*

rechnerisch nachgewiesen hat, daß ihre Verlegung als Sparmaßnahme zweckwidrig ist, weil dadurch die Kosten für die Zurückbleibenden gesteigert, auf der andern Seite aber auch die sogen. »billigeren Pflegeformen« infolge erhöhten Pflegeanspruchs verteuert werden. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß von den 28 »Eigensinnigen« elf bereits in einer Pflegeanstalt gescheitert sind, von den Haltlosen und Landstreichern sogar die Hälfte.

Die gelegentlich zerstörenden Kranken sind nicht ausgesondert; 20 sind unter den Erregten, je zwei unter den Gesperrten und Verkehrten. Dabei ist die Beschäftigungsbehandlung so weitgehend durchgeführt, daß unter den 93 Erregten nur 12 nicht beschäftigt sind, von den Ratlosen zwei und von den Gesperrten sieben nicht. Die sogen. Verkehrten sind sämtlich beschäftigt.

Es mag vielleicht Verwunderung erregen, daß ein für die Anstaltsbedürftigkeit offenkundig sehr bedeutungsvoller Begriff bisher ganz unerwähnt blieb: der der »Gemeingefährlichkeit«. Wenn man bei den polizeilich eingewiesenen Kranken die Ursachen ihrer Einweisung vergleicht mit den Aufnahmegründen der Nichteingewiesenen, so lassen sich brauchbare Schlüsse nicht ziehen. (Auf der ob. Tabelle ist bei jeder Gruppe die Zahl der polizeilich Eingewiesenen vermerkt, dahinter zum besseren Vergleich in Prozenten ausgedrückt.) Wenn auch bei gewissen Zuständen die Wahrscheinlichkeit eines polizeilichen Einschreitens größer ist, so ist dieses doch in hohem Maße von zufälligen, nicht in der Natur der Krankheit liegenden Gegebenheiten abhängig. Einer unsrer gefährlichsten Schizophrenen ist aus eignem Antrieb in die Klinik gegangen. Jedenfalls wurde unter den Nichteingewiesenen keiner gefunden, dessen Aufnahme nicht hinreichend begründet gewesen wäre, und man brauchte den Tatsachen keinerlei Zwang anzutun, um bei allen diesen Kranken Gründe für die Annahme einer Gemeingefährlichkeit aufzuzeigen.

Damit komme ich zur allgemeinen Beurteilung der gefundenen Kriterien: man kann sie alle unter dem Oberbegriff des »Asozialen« im weitesten Sinne zusammenfassen, und man erkennt, daß es wesentlich auf das Ausmaß der durch die Geistesstörung bewirkten Asozialität ankommt, deren Bedeutung *Aschaffenburg* in den drei Begriffen »Belastung«, »Schädigung« und »Gefährdung« der Gesellschaft umschreibt. Es wäre nun verfehlt, hieraus zu schließen, daß bei der Anstaltsindikation die Aufgabe der Verwahrung den Heilzweck immer mehr zurückgedrängt hätte. »Verwahrungsfälle« werden gerade jetzt im weitestmöglichen Umfang den einfachen Pflegeanstalten überlassen. Infolge dieser Auslese ist die durchschnittliche Schwere des Zu-

stands bei unsern Kranken gegen früher erhöht. Aber entsprechend gesteigert ist auch das therapeutische Bemühen, besonders im Sinne der *Simon*schen Behandlung, während die baldmöglichst entlassenen Kranken weiterhin durch unsre Fürsorge auch ärztlich betreut werden. Wie man aus dem Anlaß zu dieser Untersuchung schließen kann, ergibt sich ferner zwangsläufig eine Steigerung unsrer prognostischen Bemühungen, die wiederum dem zunehmenden Ineinandergreifen der geschlossenen und der offenen Fürsorge im Sinne *Kolb*s zugute kommt.

Die vielen Einzelheiten meiner Untersuchung widerstreben einer kurzen Zusammenfassung. Größere gesetzmäßige Richtlinien lassen sich nicht ableiten. Das gewählte Schema bleibt modifikationsbedürftig, z. B. schon bei der Anwendung auf weibliche Kranke, die sich auch zahlenmäßig auf die Gruppen ganz anders verteilen werden. Wie auf den andern Gebieten unsrer ärztlichen Arbeit ist mit Starre nichts zu erreichen, sondern nur mit lebendiger, bewußter Elastizität.

Es liegt wohl an der Lebensnähe des sozialpsychiatrischen Gebietes, daß es mit dem Wort so schwer betreten werden kann. Wie wir auch in der Diagnostik immer wieder fühlen, gehören zur Synthese außer dem wissenschaftlich Gewinnbaren gewisse künstlerische Akte. Diese Kunst mag uns bisweilen etwas fragwürdig erscheinen; aber sie erfordert, wie jede andre Kunst, verstandesmäßige Übung, und gerade darum sollte man auch hier immer wieder mit nüchternen Untersuchungsreihen vortasten. Sie fördern eine Menge reizvoller Einzelbeobachtungen zutage, öffnen die Sicht auf größere Zusammenhänge und schärfen vor allem den »Blick«, d. h. sie üben die kritische Kontrolle des intuitiven Anteils unsrer Tätigkeit.

Aus der Wiener Landes-Heil- und Pflegeanstalt »Am Steinhof« (Direktor: Landes-Sanitätsrat Dr. *Alfred Mauczka*).

Beiträge zur Frage der erworbenen Vorbedingungen des Alkoholismus[1]).

Von

Dr. **Ernst Gabriel,** Primararzt.

I.

Den Wurzeln einer Erscheinungsform des menschlichen Lebens nachgehen, heißt die allgemeinen Ursachen und Daseinsbedingungen dieser Erscheinung aufzeigen. Wie aber jede menschliche Daseinsweise mit ihrer Umwelt, mit ihrer Vergangenheit, mit ihren individuellen Voraussetzungen und gesellschaftlichen Wertungen auf das engste verknüpft ist, so läßt sich die Existenz einer sozialen Tatsache auch niemals einseitig, nur von einem bestimmten Gesichtswinkel aus begreifen. Es liegen bei sozialen Erscheinungen keine aus dem allgemeinen Zusammenhange loslösbaren Prämissen vor, hier gibt es keine ideale Kausalkette, wie in der Mathematik oder der theoretischen Physik, wo man Anfänge willkürlich setzen und Störungsmomente ausschalten kann. Das wirkliche Leben läßt vielmehr keine derartige abstrakte Vereinfachung zu, es fordert vielmehr die Erkenntnis eines universellen Zusammenhangs alles Bestehenden.

Es ist ein sehr kompliziertes Gewebe, das sich als Ursächlichkeit oder Beweggründe der tatsächlichen Lebenserscheinungen darstellt, und, was uns zu tun möglich ist, kann oftmals nur darin bestehen, einzelne Fäden dieses Gewebes zu verfolgen mit der

---

[1]) Die vorliegenden Beiträge sind die stark gekürzt wiedergegebenen Ergebnisse einer durch die Stadt Berlin im Jahre 1932 preisgekrönten Arbeit unter dem Titel: »Persönliche und soziale Vorbedingungen des erworbenen Alkoholismus.« Sie wurden durch neuere Untersuchungen hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen Wirtschaftskrise und Alkoholismus sowie durch die Berücksichtigung der inzwischen erschienenen einschlägigen Literatur ergänzt.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem Freunde Herrn Dr. *Hans Korolanyi* an dieser Stelle für seine wesentliche Mitarbeit am zweiten Teil der vorliegenden Beiträge herzlichst zu danken. Seine Mitarbeit war mir wegen seiner tiefen psychologischen und soziologischen Erkenntnisse besonders wertvoll.

bewußten Einschränkung, daß man einstweilen die anderen vernachlässigen muß, die aber ohne Zweifel auch zur »Kausalität« dieses Tatbestandes gehören. Dieser Umstand wird aber manchmal nicht genügend beachtet und eine derartige Betrachtung muß daher notgedrungen zu einer verhältnismäßigen Einseitigkeit führen.

So ist auch derjenige, der das Problem des Alkoholismus als menschliche Erscheinungsform nur von einem Gesichtswinkel aus betrachtet und zu seiner Erklärung nicht die Mannigfaltigkeit seiner Verursachung heranzieht, bald in Gefahr, sich in dieser oder jener Spezialuntersuchung zu verlieren. Der Psychologe, der nur vom Individuum ausgeht und den Einfluß der Minderwertigkeitskomplexe und der dispositionellen Süchtigkeit als das Wesentliche für die Entstehung und Erkenntnis des Alkoholismus betrachtet, übersieht manchmal die vorzüglich soziale Bedingtheit dieser individuell wirksamen Motive, dagegen unterschätzt der Soziologie, der nur vom Einfluß der Trinksitte, der gesellschaftlichen Überwertung und den geschichtlichen Voraussetzungen ausgeht, manchmal doch zu sehr die Bedeutung des individuellen Charakters, der speziellen Disposition und anderer in der Einzelpersönlichkeit gelegenen Bedingungen.

Bevor man sich mit der im Titel gestellten Aufgabe näher auseinandersetzt, muß man wohl zunächst sich die Frage vorlegen, ob es denn überhaupt einen erworbenen Alkoholismus gibt. Weitaus die Mehrzahl aller Autoren sind der Meinung, daß Alkoholismus nur auf dem Boden einer mehr oder weniger tiefgehenden Veranlagung entstehen könne. Die Veranlagung zur Trunksucht wäre somit etwas von Haus aus Gegebenes und würde bloß durch verschiedene äußere Momente ausgelöst. Nur im Hinblick auf diese könnte man bedingt von einer erworbenen Trunksucht sprechen. Unserer Meinung nach ist diese Auffassung, nach der zum Beispiel *Rüdin* im Alkoholismus »immer ein Symptom, eine Folge mangelhafter geistiger Veranlagung, Störung und charakterologischer Defekte aller Art« sieht, wohl für eine große Anzahl von Trinkern zutreffend. Wir glauben aber, daß mancher unter entsprechenden Bedingungen, auf die wir ja noch näher eingehen werden, auch ohne Veranlagung zum Trinker werden kann[2]).

---

[2]) Zur methodologischen Verständigung sei es gestattet, auf folgenden Sachverhalt hinzuweisen. Es ergeben sich bei manchen Autoren Widersprüche aus der Annahme einer speziellen somatischen Disposition für den Alkoholismus und der Überschätzung sozialer Verursachungen anderseits. Bei der Annahme einer unveränderlichen körperlichen Disposition erscheint es gar nicht als unbedingt feststehend, ob die Erscheinung des Alkoholismus im engeren Sinne (der eigentlichen »Trunksucht«) durch soziale Umstände verursacht werden kann und ob sie überhaupt im ungünstigen Sinne

Es erhebt sich nun die Frage, was versteht man unter Trunksucht, wen bezeichnet man als Trinker? Wie der Name Trunksucht schon sagt, ist das Wesentlichste dabei die Sucht nach dem Trinken. Diese findet ihren Ausdruck in der Unmöglichkeit, vom Trinken willkürlich aufhören zu können, wenn einmal damit be-

sowohl, als auch im günstigen Sinne durch soziale Arbeit beeinflußbar ist. Es scheint klar zu sein, daß die Annahme einer physiologischen Disposition zum Alkoholismus die Möglichkeit einer weitgehenden sozialen Motivierung ausschließt. Wenn die Theorie der Stoffwechseleigentümlichkeit tatsächlich auf Richtigkeit beruht, so wären alle gesellschaftlichen Voraussetzungen, welche erfahrungsgemäß zum Alkoholmißbrauch führen, wie Milieu, Beispiel, Verleitung, schwere körperliche Arbeit, ungünstige klimatische Verhältnisse, erschwerende lokale Umstände, gestörtes Familienleben, freudloses Heim, verhältnismäßig gleichgültig (ebenso wie die Ursachen, welche, wie man annimmt in einem luxuriösen Genußleben liegen). In diesem Falle wäre es vollkommen nutzlos, zu versuchen, den alkoholgefährdeten »Süchtigen« durch Versetzung in eine andere Umgebung, durch Verbesserung oder Veränderung seiner sozialen Lage, durch Einwirkung auf das Vorstellungs- und Willensleben eine günstige Beeinflussung erreichen, ebenso, wie jede Form einer Abreaktion oder Sublimierung dieser Trunksucht nutzlos bleiben würde. Der körperlich zum Alkoholismus prädestinierte Trinker würde ungeachtet aller dieser Umstände, ein für allemal dem Alkohol verfallen sein, sobald er nur einmal von diesem Gifte gekostet hätte. Alle Präventivmaßnahmen könnten sich demnach nur darauf beschränken, einen derart gefährdeten Menschen von jedem Genusse alkoholischer Getränke und Speisen für sein ganzes Leben ferne zu halten, eine Aufgabe, die fast hoffnungslos wäre, wenn man bedenkt, daß bereits der Genuß von Likörbonbons die latente Trunksüchtigkeit auslösen kann (*Wlassak*).

Nun kann man wohl einerseits dagegen einwenden, daß derart schwere Fälle nicht die Regel bilden, daß unter den der Beobachtung zugänglichen Alkoholkranken sich ein erheblicher Prozentsatz von Kranken befindet, welche nicht diese extreme Form der Süchtigkeit aufweisen, sondern durch ungünstige äußere Umstände eben zu Trinkern geworden sind, bzw. bei welchen diese äußeren Umstände einen integrierenden Bestandteil jener Ursachen ausmachen, durch welche diese Menschen zu Trinkern wurden. Aber auch für die schwereren Fälle könnte man darauf hinweisen, daß auch andere krankhafte körperliche Dispositionen (z. B. die tuberkulöse) unter günstigen Bedingungen und Voraussetzungen gar nicht zum Ausbruch kommen müssen, d. h. praktisch sich nicht auswirken. Auch hier sind es zum großen Teile soziale Momente, welche eine derartige günstige Beeinflussung herbeiführen können, wie anderseits sozial ungünstige Bedingungen den Ausbruch der Krankheit beschleunigen können. Es ist nun auch theoretisch möglich, anzunehmen, daß solche Bedingungen sich auch für eine mögliche Beeinflussung der Disposition zum Alkoholismus in begrenztem Umfange aufweisen lassen, daß es daher gerechtfertigt erscheint, auch in diesen schweren Fällen der echten »Trunksucht« nach sozialen Wurzeln und Ursachen zu fragen. Für die anderen Formen des Alkoholismus, wie sie sich als eigentliche gesellschaftliche Massenerscheinung darstellen, muß man den sozialen Ursachen umso größere Bedeutung beimessen.

gonnen wurde. Diese Süchtigkeit ist fest an das von ihr betroffene Einzelwesen gebunden und kann durch keinerlei »Behandlung« aus der Welt geschafft werden. Die feste Bindung ist der Grund dafür, daß alkoholsüchtige Menschen auch nach jahrelang eingehaltener strenger Alkoholenthaltsamkeit innerhalb kurzer Zeit in gleich schwerem Grade dem Alkohol verfallen, wenn sie ihre Abstinenz aus irgendwelchen Gründen aufgegeben haben. Für sie gibt es keine Mäßigkeit. Auf die verschiedenen Gründe dieser alten Erfahrung werden wir noch genauer eingehen. Man kann bei einiger Erfahrung wohl häufig sich ein Urteil bilden, ob ein Mensch süchtig ist oder nicht, besonders wenn man seine sonstigen Charaktereigentümlichkeiten kennt. In sehr vielen Fällen aber wird man sich diese Frage nicht so leicht oder auch gar nicht beantworten können.

Die Süchtigkeit nach Morphium und Kokain gilt unbestritten als krankhaft. Die Trunksucht dagegen sehen die meisten Menschen einschließlich der Ärzte, ja sogar einer Anzahl von Psychiatern auch heute noch nicht als Krankheit an, sondern als Auswirkung des Leichtsinnes, der »Schlechtigkeit« der davon befallenen Menschen. Die Zeit in der man die anstaltsbedürftig gewordenen Trinker als »Pestilenz der Irrenanstalten« bezeichnete, ist, wie wir in einem kürzlich gehaltenen Vortrag Professor *Delbrücks* gehört haben, noch gar nicht weit zurückliegend. Übrigens wird wohl jeder, der praktisch in einer großen Irrenanstalt tätig ist, immer wieder die Beobachtung machen können und machen müssen, daß durch den großen Zustrom von Alkoholikern der Charakter dieser Anstalt zum Teil verändert wird, was auch wiederum dazu beiträgt, die Alkoholiker nicht sympathisch zu machen. Zu alledem kommen noch die schrecklichen Familienverhältnisse, die durch die Trunksucht des Mannes oder auch der Frau heraufbeschworen werden, und die häufige Straffälligkeit der Trinker. Da die Trinker heute gewöhnlich erst dann in eine Anstalt eingeliefert werden, wenn bereits etwas geschehen ist oder wenn die chronische Alkoholvergiftung zu einer schweren Charakterveränderung im Sinne einer allgemeinen Abstumpfung und Verrohung geführt hat, haftet der Bezeichnung »Trinker« immer etwas Verächtliches an, das leicht geeignet ist, den Eindruck einer nach Hilfe bedürftigen Krankheit zu verdrängen oder zu übertönen.

Wenn die eben erwähnte Charakterveränderung fehlt, so werden die Leute, obwohl sie sich viele Jahre hindurch übermäßigem Alkoholgebrauch hingegeben haben und auch wenn sie mehr oder weniger deutlich erkennbare Schäden an ihrem Körper gelitten haben, nicht als »Trinker« bezeichnet. Man sagt von ihnen nur, daß sie »gern trinken« oder »Freunde eines guten

Tropfens seien«. Die immer wieder und leicht festzustellende Erscheinung, daß solche Freunde eines guten Tropfens, wenn sie an ihrem Stammtisch oder im traulichen Familienkreise zechen »nicht hochzukriegen« oder, wie man auch sagt, »seßhaft« sind, deutet auch bei diesen auf eine vorhandene Süchtigkeit hin. Diese Leute werden wohl kaum von jemand als krank im Sinne einer Süchtigkeit angesehen, umso weniger als sie bei ihrem Zechen meist sehr gute Gesellschafter und Zeitvertreiber sind.

Unter den fürsorge- oder anstaltsbedürftig Gewordenen oder auch sonst im Leben als Trinker bekannten Menschen trifft man sowohl psychisch als auch körperlich von einander ganz verschiedene Typen. Am meisten in die Augen springend — wenigstens gilt dies für unsere Wiener Verhältnisse — ist die Erscheinung, daß wir in den Anstalten für Geistes- und Nervenkranke, in Trinkerheilstätten sowie in Fürsorgestellen meist Menschen sehen, die dem großen Kreis der von *Kretschmer* als leptosom-schizothym bezeichneten angehören, während nur ganz ausnahmsweise ein pyknisch-zykloider unterkommt, der dann meistens delirante Erscheinungen aufweist. Die oben erwähnten Stammtischzecher und Familienphilister dagegen gehören meist dem pyknisch-zykloiden Kreis an.

Unter den Typen, denen wir in den Anstalten begegnen, sind besonders herauszuheben die Mißtrauischen, die Haltlosen, die Überempfindlichen, die Erregbaren, die Verschlossenen und die körperlich und geistig Infantilen. Unter all denen gibt es natürlich dem Grade nach Unterschiede, manchmal sogar recht weitgehende. In der Regel aber sind diese Charaktereigentümlichkeiten, die die angeführten Typen kennzeichnen, nicht so stark ausgeprägt, daß man sie als krankhaft bezeichnen müßte. Neben ihnen finden wir die Trunksucht auch bei ausgesprochenen Geisteskrankheiten vorkommend, dann meist nur ein Symptom dieser darstellend. So zum Beispiel bei Schizophrenie, bei Schwachsinn verschieden hohen Grades, bei manisch-depressiven Zuständen, bei Epilepsie und schließlich bei Geisteskrankheiten auf Grund organischer Hirnveränderungen, wie bei progressiver Paralyse, bei Lues cerebri, dem arteriosklerotischen Irresein und bei senilen Hirnveränderungen. Ferner findet man Trunksucht in fast der Hälfte aller an traumatischen Neurosen Erkrankten und bei Leuten, die, ohne irgendwelche Zeichen einer Neurose zu bieten, vor kürzerer oder längerer Zeit ein Schädeltrauma überstanden haben.

Schon die Aufzählung dieser vielen Typen zeigt die Unmöglichkeit, vom Typus des Trinkers schlechtweg zu sprechen. Abgesehen von den ausgesprochenen Geisteskrankheiten, kann man sagen, daß die Vertreter der Typen mehr oder weniger hochgradig als psychisch irgendwie abwegig bezeichnet werden müssen. Bei

den meisten findet man auch noch eine gewisse Willensschwäche und Widerstandslosigkeit gegenüber Trinkversuchungen. Von einem unwiderstehlichen spezifischen Verlangen nach Alkohol kann nur in den seltensten Fällen gesprochen werden (Dipsomanie). Wir haben bei Trinkern immer wieder danach geforscht und es nahezu nie feststellen können. In dieser Richtung suggestiv gestellte Fragen wurden uns entschieden verneinend beantwortet. Dagegen hörten wir von geistig hochstehenden Männern unseres engeren Bekanntenkreises, die wirklich nur ganz ausnahmsweise einmal Wein trinken, daß der dem Wein eigene Geschmack allein es sei, der sie zum Trinken veranlaßt (siehe aber S. 56).

Aus der Tatsache, daß sich bei den verschiedenen Typen von Trinkern die Trunksucht sehr unterschiedlich äußert, daß der eine vorwiegend seelische, der andere vorwiegend körperliche Folgen seiner Trunksucht zeigt, kann für unsere Fragestellung nichts geschlossen werden, denn das schädigende Agens, der Alkohol, ist für den menschlichen Körper von allgemeiner Schädlichkeit. Alle Gewebe und Organe unseres Körpers können davon ergriffen werden und demnach die verschiedensten Krankheitserscheinungen nach sich ziehen. Welche Organe da besonders erkranken, hängt von der persönlichen organischen Widerstandskraft, von der Konstitution, sowie von der augenblicklichen Disposition des einzelnen ab. Es ist uns bei der Unklarheit der beiden Begriffe Disposition und Konstitution nicht möglich, sie eindeutig zu umschreiben. Sicher ist, daß die Disposition von einer Summe für uns zum Teil nicht greifbaren Momente bestimmt wird und daß sie auch für das Einzelwesen nicht gleich bleibt. Wir erinnern da bloß an die klimatischen, die wirtschaftlichen oder die sozialen Umweltsbedingungen, an das gelegentliche Vorhandensein einer andersartigen körperlichen Erkrankung, wodurch die Folgen der Alkoholvergiftung deutlich werden, beispielsweise das Entstehen eines Delirium tremens im Verlaufe einer schweren Infektionskrankheit (Grippe, Lungenentzündung u. ä.) oder nach einem allgemein schwächenden operativen Eingriff, und wir erinnern schließlich an seelische Erschütterungen, die durch die Störung des seelischen Gleichgewichtes auch eine solche des körperlichen, vor allem des der innersekretorischen Drüsen bedingen und dadurch gleichfalls disponierend wirken können. Diesem ständigen Wechsel der Disposition, die *Stockert* treffend lieber als Konstellation bezeichnet, steht das beständige, zum größten Teil Anlagebedingte der Konstitution gegenüber. Sie findet ihren Ausdruck im Körperbau des einzelnen, in seinen seelischen Eigenschaften und gibt die Grundlage für die Ereignisse des ganzen Lebens ab. Praktisch hat sie für die Entstehung der Trunksucht eine wesentlich geringere Bedeutung als die Disposition.

Sowohl bei der Aufstellung der Trinkertypen als auch bei der Betrachtung der durch den Alkoholmißbrauch entstandenen körperlichen Schädigungen wird nach einer beschreibenden Darstellung festgestellt, daß der betroffene Organismus der eines Alkoholikers ist. Die gefundenen Kennzeichen und Erscheinungen gestatten uns aber keinen Schluß darauf, warum gerade dieser Mensch trunksüchtig wurde. Damit treffen wir den Kern unserer Frage. Bevor wir sie beantworten können, müssen wir doch versuchen, den Begriff Trunksucht näher zu umschreiben. Wir bezeichnen als Trunksucht die immer auf eine mehr oder weniger tiefgehende Anlage gegründete Unfähigkeit eines Menschen, sich mit »mäßigen« Mengen alkoholischen Getränken zu begnügen. Diese Süchtigkeit kommt aber erst beim Gegebensein einer Reihe von psychologischen, physiologischen und äußeren Bedingungen dazu, sich sichtbar auszuwirken.

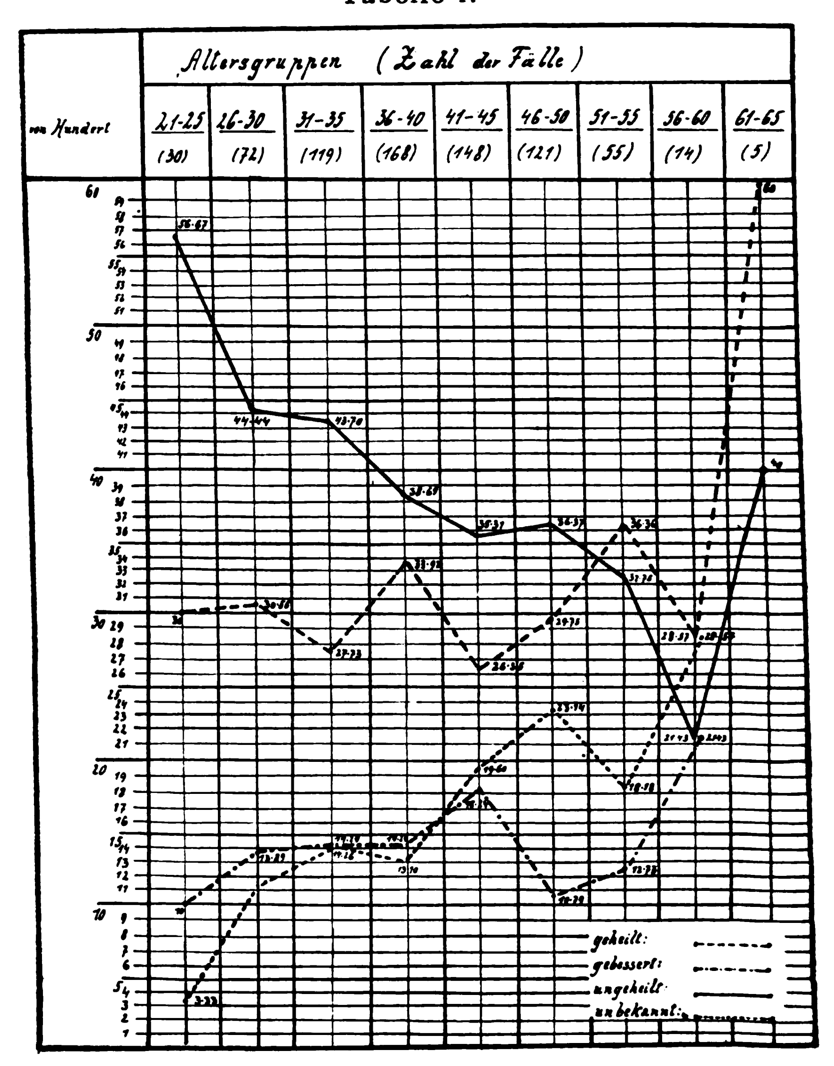
Ganz vereinzelt wurden Fälle beobachtet, in denen bei Kindern von Trinkern, obwohl sie von der Trunksucht des Vaters nichts wußten, diesen gar nicht kannten und während der ganzen Erziehung sorgfältig vom Alkohol oder alkoholischen Gebräuchen ferngehalten worden waren und anfänglich geradezu einen Abscheu vor dem Trinken gehabt hatten — *I. Thomsen* sieht darin die unbewußt gefühlte Gefahr ihrer Veranlagung — die ihnen innewohnende Süchtigkeit sich ganz von selbst zeigte und stürmisch nach Befriedigung verlangte. Diese rein auf ererbte Veranlagung zurückzuführenden Fälle sind so selten, daß ihnen praktisch keine Bedeutung zukommt. Auf die sonstige Bedeutung der erblichen Veranlagung werden wir noch zurückkommen. Ihnen stehen nahe jene Fälle, die schon im zweiten und anfangs des dritten Lebensjahrzehntes zu Trinkern werden. *Dresel* teilte sein Material nach dem Alter in zwei Gruppen. Die erste umfaßt jene Trinker, die schon vor dem 21., die zweite jene, die nach dem 21. Lebensjahre zu Trinkern wurden. Er fand bei der ersten Gruppe für die Trunksucht in 90% (bei 72 Fällen) allein die Anlage maßgebend und in 10% (8 Fälle) Anlage plus äußere Umstände. In der zweiten Gruppe war in 49,4% (35 Fälle) nur die Anlage, in 5,6% (4 Fälle) Anlage plus äußere Umstände für das Trinken verantwortlich zu machen.

Während also vor dem 21. Lebensjahr überhaupt niemand ohne Anlage zum Trinker wurde, geschah dies nach dieser Altersgrenze nahezu in der Hälfte aller Fälle.

Die Anlage zeigt sich auch in den Erfolgen von versuchten Heilbehandlungen bei Trinkern. Es ist naheliegend, daß die Erfolge um so schlechter sein werden, je tiefgehender die Veranlagung ist. Erfahrungsgemäß bieten nun die jugendlichen Trinker die schlechtesten Heilungsaussichten. Die diesbezüglichen Erfahrungen der

Trinkerheilstätte Am Steinhof zeigt die beigegebene graphische Darstellung.

Tabelle 1.



Die 732 Pfleglinge sind nach ihrem Alter in Gruppen geteilt, die je fünf Jahre zusammenfassen. Die Prozentzahlen der nach mindestens zweijähriger Beobachtungszeit festgestellten Erfolge sind berechnet auf die Anzahl der in der betreffenden Altersstufe

Untergebrachten, die in Klammern unter der Altersangabe eingesetzt sind, da wir ja wissen wollen, ob tatsächlich das Alter einen Einfluß auf den Heilerfolg hat. Auf den ersten Blick ist festzustellen, daß die Mißerfolge mit 56,67% am höchsten wirklich in der Altersgruppe von 21 bis 25 sind, von da ab ständig sinken und in der Altersstufe 56 bis 60 mit 21,43% am geringsten befunden werden. Allerdings ist diese Altersstufe mit nur 14 Pfleglingen schwach besetzt. Jenseits des 60. Lebensjahres (auch eine schwach besetzte Gruppe) sind die Mißerfolge mit 40% wieder wesentlich größer. Insgesamt umfaßt diese Kurve 286 Pfleglinge. — Demgegenüber läßt die Kurve, die die Erfolge mit dauernden Heilungen wiedergibt, von der jüngsten Altersstufe mit geringen Schwankungen einen Anstieg von 30 bis 36,36% erkennen. Der in der letzten Altersstufe mit 60% ausgewiesene Erfolg ist wohl nicht zu verwerten, da die absolute Zahl zu klein ist. Diese Kurve betrifft insgesamt 223 Pfleglinge. — Außer den als geheilt zu bezeichnenden fanden wir insgesamt in 104 Fällen den Zustand gegenüber dem vor der Anstaltseinweisung wesentlich gebessert, das heißt, die Betreffenden gehen wiederum ordnungsgemäß ihrem Berufe nach, kümmern sich um ihre Familien, machen einen netten und gepflegten Eindruck. Sie trinken aber gelegentlich oder auch regelmäßig nach den Mahlzeiten ihre ein bis zwei Glas Bier oder Viertel Wein, manche von ihnen sind bisweilen bei besonderen Gelegenheiten, aber durchwegs nur selten, berauscht. Das sind die Leute, die wir als nicht süchtig bezeichnen müssen, da sie sich eben sonst nicht auf diesem Standpunkt jahrelang halten hätten können. Unter den Gebesserten finden wir die niedrigsten Verhältniszahlen, so wie es nach dem Gesagten zu erwarten war, in der Altersstufe zwischen 21 und 25 Jahren mit nur 10%. Dann steigen die Besserungen an und erreichen in der Altersgruppe 41 bis 45 mit 18,24% den Gipfel. Die beiden nächsten Altersstufen haben wieder nur verhältnismäßig wenige, 10,74 und 12,73% Besserungen aufzuweisen. Die nächste Altersstufe, bei der die Besserungen wieder 21,43% ausmachen, ist wegen der geringen absoluten Anzahl nicht zu verwerten.

Die vierte Kurve gibt uns die Zahlen derer, über deren weiteres Verhalten nach der Entlassung aus der Heilstätte wir nichts erfahren konnten. Sie waren verzogen und wir konnten beim Hausbesuch ihre neue Anschrift nicht erfahren. Zum kleineren Teil sind unter diesen insgesamt 119 Fällen auch die, die außerhalb Wiens in anderen Bundesländern wohnen und von denen wir auf unsere briefliche Erkundigung hin zum großen Teil noch keine Antwort bekommen haben. Es wird darunter sicherlich noch eine Anzahl von Geheilten oder Gebesserten sich befinden, so daß wir aus dem Verlauf dieser Kurve keinerlei Schlüsse auf das Ver-

halten einzelner Altersgruppen ziehen dürfen[3]). — Trinker, die das 20. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, haben wir in die Heilstätte als von vornherein aussichtslos nie aufgenommen, da dadurch die übrigen Insassen der Heilstätte nur ungünstig beeinflußt worden wären.

Die eben dargelegten Erfahrungen bestätigen somit das früher über den Einfluß des Alters auf die Heilungsaussichten Gesagte, da die Mißerfolge in der ersten Altersstufe doppelt so hoch als die Erfolge sind, beziehungsweise nahezu sechsmal so hoch wie die Besserungen. Auch noch in der Altersstufe 26 bis 30 und 31 bis 35 sind die Unterschiede beträchtlich zuungunsten der Erfolge, während in den nächsten Altersstufen von 36 bis 60 Erfolge und Mißerfolge sich annähernd die Waage halten. Es scheint sich somit die Veranlagung zur Trunksucht besonders in jüngeren Jahren auszuwirken.

Die vererbte Veranlagung äußert sich gar nicht selten in der gleichbleibenden Form der Trunksucht mehrerer Familienmitglieder (kontinuierliches oder periodisches Trinken, Trinken nur in Gesellschaft oder aber in anderen Fällen meist allein, oder sogenanntes Wandern von einem Wirtshaus ins andere). Es sind auch eine Reihe von sorgfältig durch mehrere Generationen hindurch beobachteten Fällen von Trunksucht beschrieben worden, unter anderem von *Thomsen*, die gleichfalls die Erblichkeit der Trunksucht beweisen.

Wir kommen damit zu einer sehr wichtigen persönlichen Vorbedingung des Alkoholismus, der erblichen Belastung. Ziemlich übereinstimmend berichten die verschiedenen Autoren da von einer vorwiegend gleichartigen Belastung, also durch Alkoholismus. So zum Beispiel fand *Dresel* unter den von ihm genau daraufhin untersuchten 151 Trinkern in 47% elterliche Trunksucht. *Malcika* fand unter 480 Trinkern die Belastung durch elterliche Geistesstörung (meist Trunksucht) in 18,4 bis 22,7%. *Anton* stellte unter 460 Trinkern bei 250, das ist in 59% der Fälle Trunksucht der Eltern fest. Nach *Sauermann* waren 40% von 190 seiner ehemaligen Trinker wieder durch Trunksucht erblich belastet. — Wir selbst fanden unter 132 Trinkern der Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof bei Wien (nicht der Trinkerheilstätte) elterliche Trunksucht in 34%, bei Großeltern und sonstigen Blutsverwandten wurde Trunksucht in 2,2%, bei den Geschwistern in 4,6% der Fälle angegeben. Namentlich die beiden letzten Zahlen sind als Mindestzahlen zu werten, weil vielfach über Großeltern und andere Blutsverwandte überhaupt nichts bekannt ist, und auch die Angaben

[3]) Tatsächlich hat sich diese Annahme seit Abschluß unserer Arbeit bestätigt.

über Geschwister nicht als verläßlich angesehen werden können. Sehr oft ist ja der Trinker mit seiner Familie vollständig zerfallen oder hat er sich aus der durch den chronischen Alkoholismus gegebenen seelischen Abstumpfung nicht um sie gekümmert. Zudem muß man auch mit der Möglichkeit rechnen, daß gelegentlich die Trunksucht von Geschwistern absichtlich verschwiegen wurde, da die in die Heil- und Pflegeanstalt eingelieferten Trinker sehr wohl wissen, daß eine vorzeitige Herausnahme durch die Geschwister wesentlich erschwert ist, wenn wir von der Trunksucht dieser unterrichtet sind. Insgesamt fanden wir Alkoholismus in der Aszendenz und den Geschwistern in 47,7% der Fälle. In 12,1% lag eine Belastung durch ausgesprochene Geisteskrankheiten vor und in 2,3% wurde Selbstmord festgestellt.

Das Material der Trinkerheilstätte Am Steinhof ist für eine Verallgemeinerung nicht brauchbar, weil es eine sorgfältige Auswahl aus den in die Wiener Heil- und Pflegeanstalt eingelieferten oder direkt der Heilstätte überwiesenen Trinker vorstellt. Es bietet folgende Zahlen erblicher Belastung durch

Trunksucht	Geisteskrankheit	Selbstmord
eines oder beider Eltern	eines oder beider Eltern	eines oder beider Eltern
346—47,2%	26—3,5%	18—2,4%
Großeltern und sonstige Blutsverwandte	Großeltern und sonstige Blutsverwandte	Großeltern und sonstige Blutsverwandte
284—38,7%	97—13,2%	55—7,5%
Geschwister	Geschwister	Geschwister
184—20,2%	47—6,4%	25—3,4%

Die in dieser Zusammenstellung wiedergegebenen Zahlen zeigen die Häufigkeit der Belastung von 732 Pfleglingen, die seit der Eröffnung der Heilstätte am 22. Oktober 1922 bis 31. Dezember 1929 aufgenommen worden waren. Es ergibt sich da, daß von 567 Fällen, das ist in 77,5% eine erbliche Belastung vorlag, während eine solche bei nur 165 Pfleglingen, das ist in 22,5% nicht nachgewiesen werden konnte. Zu bemerken ist, daß die irgendwie belasteten Pfleglinge sehr häufig nicht eine einfache, sondern eine doppelte, drei- und mehrfache Belastung aufweisen. Bei den 567 belasteten Trinkern fanden wir im Durchschnitt 1,7 Belastungen.

Am meisten in die Augen springt die gleichartige Belastung durch Trunksucht. Wir fanden sie in 47,2% durch elterliche Trunksucht (also ungefähr ebenso häufig wie *Dresel)* und in 38,7% durch Trunksucht der Großeltern oder Blutsverwandten in aufsteigender Linie. Von den Geschwistern unserer Trinker sind 20,2% ebenfalls der Trunksucht ergeben.

Die Belastung durch ausgesprochene Geisteskrankheiten war

bei den Eltern unserer Pfleglinge verhältnismäßig gering. Sie betrug 3,5%. Allerdings kommt zu dieser Belastung auch noch die durch Selbstmord, den wir fast immer als psychisch abnorm bezeichnen müssen, eines der Eltern in 2,4% der Fälle dazu. Wesentlich häufiger war die Belastung durch Geisteskrankheiten bei den Großeltern und sonstigen Blutsverwandten in aufsteigender Linie mit 13,2%, wozu noch in 7,5% Belastung durch Selbstmord kommt. Bei den Geschwistern finden sich in 6,4% Geisteskrankheiten und in 3,4% Selbstmord.

Die großen Unterschiede in der Belastungshäufigkeit gegenüber den Zahlen, die wir bei den 132 Trinkern, die nicht in der Heilstätte in Pflege gestanden waren, erheben konnten, beruhen zum großen Teil darauf, daß das Material der Heilstätte auf derartige Belastungen hin viel genauer untersucht wurde, als dies bei den übrigen Pfleglingen möglich gewesen war, zum andern Teil auf den bereits erwähnten mehr oder weniger absichtlich falschen Angaben von Trinkern, die ohne besonderen Heilungswillen eingeliefert wurden und einzig und allein darnach bestrebt waren, möglichst bald wieder entlassen zu werden. Aus diesem Grunde nahmen sie sich auch gar nicht die Mühe, ihre Angaben sorgfältig zu überlegen und bei ihnen nachzudenken.

Derartig hohe Belastungen, wie wir sie bei den Heilstättenpfleglingen bis zu 77,5% gesehen haben, sprechen unbedingt für eine vererbte Veranlagung zur Trunksucht. Natürlich sind bei solchen Überlegungen die Umweltseinflüsse, die Erziehung und das elterliche Beispiel in Rechnung zu setzen. Man könnte der Meinung sein, daß der letztgenannte Umstand das heranwachsende Kind mit dem Alkohol bekannt machen und in ihm das Verlangen, sich den gleichen Genüssen hinzugeben, erwecken könnte. Da die Eltern sehr häufig geradezu stolz darauf sind, daß das Kind auch schon trinken kann, könnte sich sehr leicht bei diesem eine Gewöhnung an Alkohol ergeben. Daß dies allein nicht ausschlaggebend ist, beweisen zahlreiche Erfahrungen, nach denen die Nachkommen von Trinkern gerade, weil sie Gelegenheit hatten, die furchtbaren Verhältnisse in Trinkerfamilien mitzuerleben und unter ihnen zu leiden, von Haus aus einen Abscheu vor alkoholischen Genüssen und Ausschreitungen mitbekamen. Später hielten sie sich in der Erinnerung an diese Verhältnisse ohne besondere Nötigung (natürlich setzt das schon einen bestimmten Grad von geistiger Reife voraus) alkoholenthaltsam.

Wenn man die Häufigkeit der Trunksucht beurteilen will nach den Untersuchungsergebnissen bei anstaltsbedürftig gewordenen Trinkern, so ist immer zu bedenken, daß in die Anstalt in erster Linie und überwiegend tatsächlich Süchtige kommen, die vermöge ihrer Süchtigkeit nicht imstande sind, sich ohne den

Zwang der Anstaltsbehandlung des Trinkens zu entwöhnen, was für die nur aus Gewohnheit zu Trinkern Gewordenen, auf die wir noch zurückkommen werden, bei entsprechender Aufklärung allein möglich wäre. Damit erklärt sich vielleicht auch teilweise die Ansicht der Autoren, die der Meinung sind, daß nur entsprechend Veranlagte »Trinker« werden, daß der Alkoholiker geboren wird (*Turner*, *Rybakow* u. a.) Die sicher große Häufigkeit der Trunksüchtigen, die trotz ihrer Süchtigkeit nicht anstaltsbedürftig werden, entzieht sich natürlich vollkommen einer zahlenmäßigen Erfassung.

Stöcker ist der Meinung, daß der chronische Alkoholismus immer nur ein Symptom einer geistigen Erkrankung darstellt, während nach *Preisig* und *Amadian* der Alkoholismus einerseits sowohl Ursache als auch Zeichen einer Degeneration sein kann, andererseits aber auch imstande ist, eine latente Psychopathie zu wecken (angef. nach *Peretti*). Auch *Peretti* glaubt, daß die meisten Alkoholiker Psychopathen sind, weshalb zu erwarten gewesen wäre, daß in der alkoholknappen Nachkriegszeit, in der die alkoholischen Geisteskrankheiten durchwegs starke Rückgänge aufwiesen, auch die Aufnahme an Psychopathen seltener hätten werden müssen. Das aber ist nicht eingetroffen. Dadurch findet die Ansicht jener Autoren, nach denen der Alkoholismus nur als ein Symptom einer andersartigen psychischen Abwegigkeit zu werten ist, eine Bestätigung.

Nach *Rosenfeld* besteht in den meisten Fällen von Haus aus eine neuropathische oder psychopathische Disposition, die durch verschiedene Symptome zu erkennen ist, »die teils auf körperlich-nervösem, teils auf rein psychischem Gebiete liegt und nun ihrerseits geeignet ist, einen Menschen von einem Gelegenheitstrinker zu einem Gewohnheitstrinker zu machen. Vielleicht entscheidet sich das Schicksal eines Menschen in dieser Richtung schon bei Gelegenheit seines ersten Rausches.« Besonders das Verlangen Jugendlicher nach Alkohol sei ein psychopathischer Zug und oft wäre es »nur ein Zufall, ob der Süchtige sich dem Alkohol, dem Morphium oder dem Kokain zuwendet«.

Dresel bezeichnet unter seinen 151 Trinkern 129, das sind 78,9% als geisteskrank, minderwertig oder irgendwie auffällig, während nur 32, das sind 21,1% als geistig gesund befunden wurden.

Kant befand von 164 Trinkern der Münchener psychiatrischen Klinik 10,9% ausgesprochen debil und 60% irgendwie psychopathisch. Unter diesen waren 12,3% als hypoman zu bezeichnen. Er trifft mit seinen rund 71% psychisch abnormen Trinkern somit ähnliche Verhältnisse wie *Dresel*.

Unter den 100 vom 1. Juni 1931 bis 15. März 1932 in der

Trinkerheilstätte »Am Steinhof« aufgenommenen Pfleglingen fanden sich 41, die man als psychisch normal bezeichnen muß, während die restlichen 59 irgendwie psychisch auffällig waren. Die folgende Zusammenstellung zeigt, wie die irgendwie als seelisch abnorm zu bezeichnenden sich aufteilen:

Psychopathen	Neurasthenie	Debile	Schizoide Charaktere	Manisch-depressive	Dipsomane	Sexuelle Abwegigkeit	Infantile	Progressive Paralyse	Alkoholismus nach Unfall
27	6	6	5	4	3	2	1	1	4

Man sieht, daß die nicht näher zu umschreibenden Psychopathien vorwiegen. Meist handelt es sich dabei um reizbare und besonders überempfindliche Naturen. An nächster Stelle stehen die Neurasthenien mit 6% und in gleicher Häufigkeit die allerdings nur als leichtgradig debil zu Bezeichnenden. Mit 5% sind schizoide Persönlichkeiten vertreten, die durch ihre Abgeschlossenheit, ihr Mißtrauen, das gelegentlich bis zum Auftreten von Beziehungsideen führte, auffällig sind. Manisch-depressive Charaktere mit grundlosen Verstimmungen sowohl nach der heiteren als nach der traurigen Seite finden wir in 4%. In 3% waren dipsomane Züge nachweisbar, also auch eine Erscheinung, die man als psychisch abnorm bezeichnen muß, wenn man auch noch nicht weiß, zu welcher psychischen Krankheitsgruppe man Dipsomane rechnen soll (manche Autoren wollen sie als depressiv, andere als epileptisch oder als eine Gruppe für sich aufgefaßt wissen). In 2% bestand eine sexuelle Abwegigkeit, einmal in Form einer Homosexualität, wodurch der Betreffende wiederholt mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen war. In diesem Fall scheint die Homosexualität nur eine Äußerungsform der sonstigen seelischen Abwegigkeit dieses Pfleglings zu sein, der schon als Kind schwer erziehbar war. Im zweiten Falle handelt es sich um leichtere Perversionen des heterosexuellen Geschlechtstriebes. Als infantil konnten wir nur einen unserer Pfleglinge bezeichnen. Entgegen unserem Grundsatz hatten wir einen Fall von progressiver Paralyse in langdauernder und weitgehender Remission nach Malariabehandlung aufgenommen. Der Pflegling hielt sich ein Jahr lang nach seiner Entlassung abstinent trotz seiner progressiven Paralyse, die allerdings als praktisch geheilt bezeichnet werden muß, und wurde infolge schwerer wirtschaftlicher Notlage wieder rückfällig. — In 4% endlich entwickelte sich der Alkoholismus im Anschluß an Unfälle, wofür man die nach Schädeltraumen wiederholt beobachtete Widerstandslosigkeit gegen Alkohol verantwortlich machen dürfte.

Von verschiedenen Gesichtspunkten aus versuchten es zahlreiche Autoren bestimmte Typen von Trinkern herauszuheben. Das

darüber entstandene Schrifttum ist so umfangreich und die Ansichten zum Teil einander widersprechend, so daß es nur möglich ist, das Wesentlichste daraus hervorzuheben. *W. Cimbal* gab uns eine vorwiegend auf psychologischen Gesichtspunkten aufgebaute Arbeit in dieser Richtung. Nach ihm »ist die Trunksucht nicht die Gewohnheit, alkoholische Getränke zu sich zu nehmen, sondern der Rauschhunger, das heißt, die Unfähigkeit, die zum harmonischen Lebensgefühl erforderlichen seelischen Inhalte in höherer Form als durch Rauschgifte zu erreichen«. Eine anlagebedingte Verwahrlosungsbereitschaft auf Grund von psychopathischen Abartigkeiten oder Zwiespältigkeiten entgegengesetzter Charakterzüge oder oligophrener Unterwertigkeiten geben die Grundlage ab, auf der sich die Trunksucht unter Mitwirkung verschiedener Umweltseinflüsse als eine komplizierte Psychoneurose entwickelt.

Bei Beurteilung der von den verschiedenen Autoren aufgestellten Trinkertypen, die aus der Beobachtung von Anstaltsmaterial gewonnen wurden, ist immer darauf Rücksicht zu nehmen, woher die Anstalt mit Kranken versorgt wird. Wie *Wlassak* in seinem Grundriß der Alkoholfrage betont, ist es ein wesentlicher Unterschied für den Eindruck, den der Beobachter gewinnt, ob sein Material sich vorwiegend aus einer Großstadt oder aus einer Landbevölkerung zusammensetzt. Ebenso wird wieder ein anderer Typus von Trinkern in Trinkerheilstätten, wohin die Kranken sich in der Regel freiwillig melden, vorwiegen gegenüber der Beobachtungsmasse aus einer Irrenanstalt. Für die Wiener Verhältnisse fand *Wlassak* vorwiegend schizothyme Charaktere, die wenig Anschluß an ihre menschliche Umgebung finden und in sich verschlossen sind. Sie sind völlig einsichtslos sowohl in die Erscheinungen als auch in die Folgen ihrer Trunksucht. Gelegentlich sah Wlassak unter diesen autistischen Trinkern aber auch Leute, die Einsicht zeigten und sogar ihren Heilungswillen betonten. — Ein anderer Typus sind die Mißtrauischen, bei denen oft nicht sicher zu sagen ist, ob sie nicht schon als an Verfolgungswahn leidend bezeichnet werden müssen. Diese mißtrauische, paranoische Einstellung gegen ihre nächste Umgebung kann sich während einer mehrmonatigen Erziehungskur völlig zurückbilden, so daß sich ihr Verhältnis zur Familie nach der Entlassung vollständig geändert hat. Bezeichnend für solche Fälle ist die Erscheinung, daß ein Rückfall in den Alkoholismus schon nach Tagen deutlich die paranoide Stellung zum Vorschein kommen läßt. Bei neuerlicher Alkoholenthaltsamkeit schwindet auch diese paranoide Einstellung sofort wieder. — Der überwiegenden Mehrzahl dieser ihrem Charakter nach als schizothym, ihrem Körper nach als asthenisch, seltener auch als athletisch aufzufassenden Trinker gegenüber fand *Wlassak* in der Trinkerheilstätte »Am

Steinhof« nur sehr selten körperlich pyknische mit der diesem Typus nach *Kretschmer* entsprechenden zyklothymen Charakteranlage. Dieser Typus verkörpert den ehrsamen Stammtischbruder, den »Zecher«, nicht aber den Trinker. — Dann beschreibt *Wlassak* noch die »Haltlosen«, denen jede Ausdauer und Stetigkeit im Leben fehlt und die nicht selten zu hysterischen Reaktionen neigen, weiter die Erregbaren, die nicht selten gewalttätig werden, und schließlich jene Menschen, die auch bei nichtigen Anlässen hochgradig ärgerlich werden und diesen Ärger hinunter trinken. — Eine eigene Gruppe stellen die jugendlichen Trinker, die vielfach unter die schon beschriebenen Haltlosen zu rechnen sind, dar. Körperlich erscheinen sie auch noch in der Mitte der zwanziger Jahre knabenhaft und hinsichtlich der Körperbehaarung weiblich.

In neuester Zeit hat *Staehelin* die Süchtigen in vier Gruppen zusammenzufassen versucht. Der ersten Gruppe gehören jene genußfreudigen Menschen an, die möglichst allem Unangenehmen ausweichen wollen. Bei ihnen sind »Lebensziel und Suchtmotiv identisch: das Genießen«. Erst nach und nach wird bei ihnen aus der Gewöhnung an das Genußgift die Sucht.

Die zweite Gruppe sucht die euphorische Beruhigung oder Entspannung. Sie wird gebildet von den Dysphorikern (gehemmte, schwermütige, schwerfällige Menschen), der Hauptsache nach also Temperamentsabnorme. Sie werden in dem Bestreben, sie aus ihrer Schwerfälligkeit »herauszureißen«, erst genußfähig und durch die Versuche, sich über ihr Temperament hinwegzutäuschen, giftsüchtig.

Die dritte Gruppe umfaßt größtenteils Psychopathen, Neurotiker oder Psychotiker, die das Reizstadium des Rausches suchen. Zunächst hebt der Rausch sie aus dem kleinlichen Alltag heraus und ermöglicht ihnen freies Schaffen. In der Folge jedoch ist er nicht nur Mittel zum Zweck eines solchen, sondern wird Selbstzweck, »je mehr eben durch die Gifte die schöpferischen Impulse und Instrumente geschädigt werden«.

Die Angehörigen der vierten Gruppe endlich suchen die Betäubung, also die zweite Phase des Rausches. Es sind Übererregbare, Zwangsneurotiker, Schwerbedrückte und Präpsychotiker, die im Rausch einen Todesersatz suchen.

In der Zeit nach dem Weltkrieg, der von einer auffallenden Abnahme des Alkoholismus und seiner verschiedenen klinischen Erscheinungsformen gefolgt war — allgemein wird dies auf die Alkoholknappheit während dieser Zeit zurückgeführt —, nahm der wieder zunehmende Alkoholismus ein anderes Gesicht an. *Jaeger* fand daß die Alkoholpsychosen zugunsten trunksüchtiger Psychopathen zurücktraten und konstitutionell psychopathische Trinker, die früher nicht anstaltsbedürftig wurden, leichter der Alkohol-

verwahrlosung verfielen. Der gleiche Autor bemerkte eine Zunahme des weiblichen Alkoholismus gegen früher und eine Ausbreitung der Trunksucht auf dem Lande, wo schon auf 2500 Einwohner ein fürsorgebedürftiger Trinker käme. Er unterscheidet so wie wir dies unabhängig von ihm bereits taten, zwischen trinkgewohnten und süchtigen Trinkern. Zu den ersteren rechnet er die Schichten der Beamten, Akademiker und Kaufleute, die letzteren dagegen glaubt er vorwiegend im Proletariat zu finden, vielleicht. weil der manuelle Arbeiter die hemmende Alkoholwirkung bei der Arbeit weniger empfindet als der Kopfarbeiter, ja im Gegenteil unter der Alkoholwirkung scheinbar leichter und besser arbeitet. Für das Zustandekommen des Alkoholismus macht *Jaeger* besonders die wirtschaftlich-sozialen Krisen (vielfach ist dadurch die Notwendigkeit einer beruflichen Umstellung gegeben) und die durch die Krisen bedingte psychisch-nervöse Überlastung verantwortlich. Große Bedeutung mißt er der Ausbreitung des gesamten Vergnügungslebens zu.

Seiner Meinung nach ist der Alkoholiker konstitutionell anders geartet als der Morphinist oder Kokainist, weshalb der entzogene Alkohol nicht durch Morphium oder Kokain ersetzt wird. Dem können wir nicht zustimmen. Wir glauben, daß zwischen den Alkoholsüchtigen und den nach anderen Rauschgiften Süchtigen kein wesentlicher Unterschied konstitutioneller Art besteht. Es ist zuzugeben, daß die psychopathische und »nervöse« Minderwertigkeit der letzteren in der Regel ausgeprägter ist als der Alkoholiker. (*Dansauer* und *Rieth* fanden bei ihren Morphiumsüchtigen in 61.9% eine psychopathische Veranlagung.) — Doch gibt es, wie *T. Riechert* kürzlich im Gegensatz zu anderen Autoren berichtete, Fälle, in denen — allerdings sind solche Beobachtungen vereinzelt — auch vollständig normale Menschen zu Morphinisten geworden sind. Wir selbst kennen einen Fall von Morphiumgewöhnung infolge einer sehr schmerzhaften jahrelangen Arthritis deformans bei einer durchaus als normal zu bezeichnenden, intellektuell hochstehenden Dame. — Die Möglichkeit eines chronischen Morphiummißbrauchs bei Süchtigkeit heben auch *Dansauer* und *Rieth* in ihrer Monographie über Morphinismus der Kriegsbeschädigten hervor, sowie *Pohlisch* in seiner Arbeit über die Verbreitung des chronischen Opiatmißbrauches in Deutschland. Nach diesen Autoren kann die von *Levinstein* und *Erlenmeyer* angewendete Unterscheidung zwischen Morphiumsucht und chronischer Morphiumvergiftung festgehalten werden. So wie wir für die jüngeren Jahrgänge ein Überwiegen der Alkoholsüchtigen beobachteten, konnte auch *Dansauer* und *Rieth* feststellen, daß »bei der eigentlichen Suchtgruppe die Jugendlichen am stärksten vertreten waren«. — Ganz ähnlich wie bei den Alkoholikern findet

man unter Morphinisten und Kokainisten körperlich und seelisch vollständig verschiedene Typen. Aber auch nach der Art des Gebrauches dieser Rauschgifte gibt es weitgehende Ähnlichkeiten. Während die Mehrzahl diese Rauschgifte fortgesetzt und regelmäßig nimmt, tritt bei anderen nur periodisch ein nicht zurückzudrängendes Verlangen nach dem Rauschmittel auf, so wie wir es bei der Dipsomanie zu sehen gewohnt sind (*O. Bumke*). Die Gewöhnung an Morphium und Kokain führt so wie die an Alkohol zu einer ständigen Steigerung der für die gewünschte Wirkung notwendigen Mengen. Daß die körperlichen und psychischen Schädigungen durch diese Rauschgifte schwerere sind und meist sich auch schneller zeigen wie die durch Alkohol verursachten, scheint uns kein wesentlicher sondern nur gradueller Unterschied zu sein. Die Bilder des Morphium- und Kokaindeliriums sowie die Wahnbildungen solcher Süchtiger weisen mit denen von Alkoholikern weitgehende Ähnlichkeiten auf. Schließlich ist es keine vereinzelt gemachte Erfahrung, daß nach dem Entzug des Rauschgiftes ehemalige Morphinisten oder Kokainisten zum Alkohol greifen und daß umgekehrt Alkoholiker statt des gewohnten Alkohols Morphium oder Kokain nehmen. Auch *Fränkel* und *Benjamin* berichten, daß nach ihren Erfahrungen »in den letzten Jahren die Fälle sich häufen, in denen der Alkohol als Ersatz für ein anderes entzogenes oder nicht mehr erhältliches Rauschgift dienen muß«. Besonders beobachteten sie dies bei Kriegsbeschädigten.

Die Tatsache, daß vorwiegend Angehörige der »Heilberufe« (Ärzte [nach *Pohlisch* beträgt die Beteiligung der Ärzte am Morphinismus das hundertfache von der erwachsenen Gesamtbevölkerung] Apotheker, Pfleger) zum Morphium greifen, scheint uns hauptsächlich in der leichten Zugänglichkeit dieser Mittel für sie begründet zu sein[4]). Diese Erfahrung widerlegt unserer Meinung nach die oft gehörte Behauptung, daß der Morphinismus und auch der Kokainismus nie die Ausdehnung und Bedeutung des heutigen Alkoholismus erreichen würde, selbst wenn diese Mittel überall so leicht zugänglich wären wie der Alkohol. Durch die freigebigere ärztliche Verordnung von Morphium und Opiaten im und nach dem Krieg, sowie durch die Ausdehnung des Schleichhandels mit diesen Rauschgiften konnte übrigens eine weite Verbreitung der genannten Suchten festgestellt werden und heute findet man den

[4]) Ein Pflegling unserer Trinkerheilstätte schreibt in der Erzählung seines Lebens: »Wäre allen jenen (Trinkern) die Möglichkeit einer leichten Erwerbung von Morphium wie Ärzten oder Apothekern gegeben, so würden sie sofort danach greifen, wohl wissend, daß sie in den Augen der Welt anders, besser, erscheinen würden.« Auch dieser Ausspruch bestätigt unsere Ansicht.

Morphinismus und Kokainismus auch schon in sozial tiefer stehenden Schichten, die früher frei davon waren.

Die Zunahme der Rauschgiftsuchten durch das gesteigerte Angebot äußert sich begreiflicherweise in den ansteigenden Aufnahmezahlen von Süchtigen in den Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke. In den Anstalten »Am Steinhof« bei Wien bewegten sich die Verhältniszahlen der aufgenommenen anders süchtigen Männer zur Gesamtzahl der männlichen Zugänge in der Zeit von 1908 bis 1918 zwischen 0.057 bis 0.42%, die der Frauen zwischen 0.07 und 0.48%. Von 1919 bis 1925 war ein Ansteigen der männlichen Süchtigen bis auf 1.92% zu bemerken. Dann senkt sich die Kurve bis auf 0.99% im Jahre 1930. Die entsprechenden Zahlen bei den Frauen gestatten in ihren Schwankungen eine Zunahme bis auf 0.8%, das ist also um das Doppelte der früheren Zahl festzustellen. Der Unterschied zwischen morphium- und kokainsüchtigen Frauen und Männern in der Nachkriegszeit ist zwar nicht so überwältigend wie der der Geschlechter beim Alkoholismus, immerhin aber sind die Verhältniszahlen beim männlichen Geschlecht in den einzelnen Jahren doppelt so groß. (Das gleiche fand *Pohlisch* für die chronischen Bezieher von Opiaten in Deutschland.) Dieser Unterschied ist auch hier unserer Meinung nach nicht in einer besonderen Veranlagung des männlichen Geschlechts zur Süchtigkeit zu sehen, sondern wieder in der hauptsächlich das männliche Geschlecht betreffenden Gepflogenheit im Gebrauche der Rauschgifte. Auch darin sehen wir somit eine Ähnlichkeit zwischen Alkoholismus und anderen Suchten.

Aus dem Verhalten der steigenden Aufnahmszahlen wegen Süchtigkeiten glauben wir umgekehrt einen Rückschluß ziehen zu dürfen auf ein steigendes Angebot von Morphium und Kokain. Aus unseren Beobachtungen folgt, daß bei entsprechend großem Angebot der Ausbreitung der genannten Suchten so wie der des Alkoholismus keine Grenzen gesetzt sind.

Bevor wir uns mit den psychologischen Erklärungsversuchen der Entstehung des Alkoholismus näher auseinandersetzen, wollen wir kurz eingehen auf einige physiologische Erklärungsversuche. Eine Reihe von Autoren suchten durch vielfältige Stoffwechsel-, Blut- und andere Untersuchungen eine physiologische Grundlage zu finden. Man kann sagen, daß alle die an sich sehr dankenswerten Untersuchungen zu keinem Ergebnis geführt haben. *L. K. Smorodinzewa* befaßte sich, zum Teil allein, zum Teil mit *J. G. Liwschitz* in einer Reihe von Arbeiten mit Blutuntersuchungen bei Alkoholikern. Die Verfasser fanden, daß die akute Alkoholvergiftung die Tätigkeit der oxydierenden Fermente indirekt aktiviere, die chronische sie dagegen vermindere. Die Ähnlichkeit der akuten Alkoholvergiftung mit der durch Sauerstoffmangel bedingten

Caissonkrankheit führte sie dazu, Trinker, auch chronische Trinker, mit Sauerstoff zu behandeln. Der Trockenrückstand des Blutes und der damit parallel gehende Haemoglobingehalt wird durch die Alkoholintoxikation vermindert, was auch wieder durch die Sauerstoffbehandlung aufgehoben werden kann.

Durch die unvollständige Oxydation bei Alkoholismus kommt es zu einer Anhäufung von organischen Säuren, der eine Verminderung der Alkalireserve des Blutes entspricht. Es besteht somit bei Trinkern eine allerdings nur geringe Acidose. Da eine solche Acidose auch bei körperlich Arbeitenden, und das taten die untersuchten Trinker alle, nachzuweisen ist, wäre es nach der Ansicht *Smorodinzewas* nicht ausgeschlossen, daß diese Acidose nicht eine Folge, sondern eine Ursache des Alkoholismus vorstellt.

Der Eiweiß-(Purin-)Stoffwechsel ist bei Trinkern stark gestört. Es kommt zu einem erhöhtem Zerfall der Nucleoproteide in den Zellen bei einer gehemmten Harnsäureausscheidung durch die Nieren. Dadurch wird die Anhäufung von Harnsäure in den Zellen begünstigt. Die Anhäufung der Harnsäure im Blut von Trinkern erklärt *Smorodinzewa* damit, daß die erste Phase der Umwandlung der Harnsäure im Organismus als Oxydation erscheint, die eben beim Trinker gehemmt ist. Dem entsprechend müßte eine Sauerstoffzufuhr den Harnsäurespiegel senken, was tatsächlich in 25% der Fälle geschah, wenn sie gleichzeitig abstinent lebten. — Auch der Lipoidumsatz zeigte sich beträchtlich gestört und war der gleichen Therapie zugänglich.

P. Büchler fand eine Störung der Leberfunktion bei allen seinen Trinkern. Sie äußerte sich in erhöhten Werten der Leberlipasen, in einer verzögerten Blutgerinnung und in wesentlich erhöhten Bilirubinwerten im Blutserum, sowie in einer Verstärkung der Urobilinogenreaktion im Harn. Diese Störungen sind umso stärker ausgeprägt, je länger der Alkoholmißbrauch dauert. Erst wenn die Stoffwechselstörungen einen gewissen Grad erreicht haben, wozu längere Zeit nötig ist, kommt der Trinker in einen subdeliranten oder latent deliranten Zustand, der dann weiterhin bei weiterer Ausprägung den Ausbruch eines Deliriums bedingt. Es bricht somit kein Delirium plötzlich aus, sondern ist immer längere Zeit vorbereitet. Krankheiten, in deren Verlauf häufig die Leber geschädigt wird, wie zum Beispiel eine Lungenentzündung, erhöhen dadurch die Bereitschaft zum Delirium. Damit ist der Ausbruch eines Deliriums im Verlauf solcher Erkrankungen erklärt.

Viel häufiger konnte *Büchler* Gleichgewichtsstörungen im vegetativen Nervensystem bei Gewohnheitstrinkern nachweisen. Sie fanden ihren Ausdruck in Dermographismus, im Auftreten idiomuskulärer Wülste sowie dem *Aschner*schen Symptom (bei Druck

auf den Augapfel an Stelle der gewöhnlichen Bradykardie eine Beschleunigung des Herzschlages) und endlich des *Sergent*schen Zeichens, das einer Nebenniereninsuffizienz entspricht (beim Streichen der Bauchhaut mit einem spitzen Gegenstand Auftreten von weißen Streifen).

Bei Dipsomanie konnte *Büchler* ebenso wie bei Alkoholepilepsie Stoffwechselveränderungen nicht nachweisen. *W. Alter* faßt die Dipsomanie als eine Epilepsie des Vasomotorenzentrums auf. Durch die allgemeine Anaemisierung der Peripherie sowie die Blutdrucksteigerung wurde der Durst bedingt, der zum Alkoholmißbrauch führt. Der sogenannte pathologische Rausch steht nach der Meinung dieses Autors einem epileptischen Dämmerzustand nahe. Das Maximum der Häufigkeit dipsomaner Anfälle fällt in den Herbst und ins Frühjahr, weil zu dieser Zeit durch die Wärmeregulierung nach *Alter*s Meinung größere Ansprüche an das Gefäßsystem gestellt werden. Dazu kommt noch eine thermische und barometrische Beeinflussung des Blutdruckes, was wieder begünstigend auf das Auftreten derartiger Anfälle wirkt.

K. Pohlisch fand bei seinen Stoffwechseluntersuchungen bei Trinkern im Delirium tremens durch die toxische Allgemeinschädigung eine leichte Nierenschädigung. — Gelegentlich sah *Pohlisch* im Delirium Glykosurie auftreten, doch war der Blutzuckergehalt des Deliranten ungestört, so daß von einer wesentlichen Störung des Kohlenhydratstoffwechsels nicht gesprochen werden konnte. — Als Zeichen gestörter Leberfunktion nahmen die Bilirubinwerte und infolge des gestörten intermediären Stoffwechsels die Acetonkörperwerte mit der Schwere des chronischen Alkoholismus bis zum Ausbruch eines Deliriums schrittweise zu. Die Werte für Indican waren gegenüber der Norm bei Deliranten und bei schweren Alkoholikern (im subdeliranten Zustand) um das zehn- bis fünfzehnfache gegenüber der Norm erhöht. Die Frage, ob dies einfach auf Stuhlverstopfung im Delir, auf eine Leberschädigung oder auf einen erhöhten Eiweißzerfall im Organismus zurückgeht, läßt Pohlisch offen. — Auch der Reststickstoff ist im Blut von chronischen Trinkern erhöht. Durch die Störung im Eiweißhaushalt kommt es im Delir zu einer erhöhten Erythrocytensenkungsgeschwindigkeit und zu einer erhöhten Eiweißfällung.

Nach *Pohlisch* beweisen die verschiedenen Stoffwechseländerungen die toxische Natur des chronischen Alkoholismus und der auf ihm entstandenen Psychosen. Auch dieser Autor ist der Überzeugung, daß ein Delir fast nie plötzlich ausbricht, sondern wochen- bis monatelang Vorläufererscheinungen bietet. Die gleichen Stoffwechselveränderungen, die er beim Delir fand, konnte er ohne wesentliche, auch nicht quantitative Unterschiede bei der *Korsakow*schen Psychose nachweisen.

H. Suckow fand beim chronischen Alkoholismus und den akuten Psychosen der Gewohnheitstrinker (Gewohnheitstrinker nicht in dem von uns gebrauchten Sinne) die gleichen Veränderungen des Blutbildes wie bei infektiösen oder toxischen Krankheiten: Hyperleukocytose mit regeneratorischer Kernverschiebung, An- bzw. Hypeosinophilie, Lymphopenie, polychromatische Erythrocytose. Am schwersten waren diese Befunde bei Deliranten ausgeprägt. Lymphocytose trat als Ausdruck der Heilungstendenz im weiteren Verlauf auf. — Leichter chronischer Alkoholismus zeigte normale Blutbilder, im akuten Rausch war eine Reizlymphocytose vorhanden.

Der gleiche Autor fand die Flockungsreaktion des Blutplasmas sowie die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei leichtem, chronischen Alkoholismus unverändert, bei schwererem als Ausdruck der toxischen Vorgänge erhöht.

In neuester Zeit wurde und neuerdings von *E. Klemperer* die Behandlung des Delirium tremens mit Insulin empfohlen. Die Verfasserin geht von der Überlegung aus, daß das Delirium durch ein alkohologenes Gift (*Wagner-Jauregg*) verursacht werden soll, dieses Gift aber weniger leicht verbrennbar als der Alkohol selbst sei. Der Organismus erhöhe daher in seiner Heilungstendenz die Verbrennungsvorgänge (Tremor, Unruhe, Schweißausbruch, Fieber). Dies wird durch Insulin unterstützt. Außerdem aber werden die verschiedenen Stoffwechselstörungen im Delirium sowie die Leberschädigung durch Insulin günstig beeinflußt.

F. X. Mayer versucht in seiner Diagnostik der Verdauungskrankheiten den Alkoholismus damit zu erklären, daß durch die Verdauung der kohlehydrathältigen Nahrungsmittel im Darm neben Aldehyden und niederen Fettsäuren auch Alkohole entstehen, die so wie exogener Alkohol auf die Schleimhaut des Magens und Darmes reizend wirken, ebenso durch die Ausscheidung des resorbierten Alkohols auf die Mundschleimhaut dort ein »Brennen« ganz besonders auf der Zunge auslösen. Dieser »entzündliche Durst« wird nun nicht mit Wasser gelöscht, sondern wegen der besseren Wirkung der Kohlensäure mit Bier, Wein oder Soda mit Whisky. Der exogene Alkohol vermehrt in der Folge nur noch das durch den endogenen Alkohol bedingte Brennen und steigert nur noch »das Durstgefühl, das Verlangen nach wirksameren, das heißt, konzentrierten alkoholischen Getränken, und durch deren Genuß entsprechend das Brennen auf der Zunge. Damit ist nun der Circulus vitiosus geschaffen und der Fortbestand des Alkoholismus gesichert.« Zum Beweis dieser seiner Ansicht führt *Mayer* eine Reihe von Beispielen an, wo bloß durch gründliche Säuberung des Darmes im Verlauf einer Karlsbaderkur ganz von selbst jedes Verlangen nach alkoholischen Getränken ge-

schwunden ist. Erst wenn seine Kranken wieder ihre streng geordnete Diät aufgegeben hatten, stellte sich wieder das Verlangen nach Alkohol ein. — Wir selbst haben wiederholt Karlsbaderkuren bei den Pfleglingen der Trinkerheilstätte durchgeführt und dabei die Beobachtung *Mayer*s bestätigt gefunden. Zur Erklärung der Trunksucht reicht diese Theorie natürlich nicht aus.

Kürzlich zog *Weinberger* den Vergleich zwischen Alkoholismus und Diabetes insipidus, bei dem gleichfalls eine konstitutionell bedingte Form und eine erworbene bekannt sei. Es trete, wenn jemand längere Zeit hindurch größere Mengen Wassers zu sich nimmt, das Gefühl des Nichtaufhörenkönnens auf, »offenbar durch eine Änderung des Schwellenwertes der Ansprechbarkeit des Wasserregulierungszentrums«. Dieses liegt im Bereich des Höhlengraus an der Basis des III. Ventrikels, wo die Zentren des Stoffwechsels, des Wasserhaushaltes und anderer vegetativer Funktionen angenommen werden. Veränderungen im Bereich dieser Hirnpartien scheinen *Weinberger* die Ursache für die Entstehung des Alkoholismus abzugeben.

Analog der Therapie bei Diabetes insipidus mit Hypophysenpräparaten könnte man eine solche auch beim Alkoholismus in Vorschlag bringen. Es kämen Präparate des Mittel- und Hinterlappens in Frage. Bedenken gegen diese Therapie wären etwa folgende: Das Präparat wirkt nicht auf das primäre Durstgefühl, sondern vermindert nur die Ausscheidung. Diese ist beim Diabetes insipidus krankhaft gesteigert und daraus ergibt sich das große Verlangen nach Flüssigkeit. Beim Alkoholiker ist das Durstgefühl wahrscheinlich primär und es fragt sich nun, ob man durch eine Verminderung der Flüssigkeitsausscheidung das Verlangen nach Flüssigkeitszufuhr schwächen kann. — Ein anderer Einwand wäre der, daß nicht selten bei Alkoholikern im Verlauf der Entziehungskur der Blutdruck ansteigt. Eine Blutdrucksteigerung wird auch durch die nicht immer von Vorderlappenbeimengungen freien Präparate des Mittel- und Hinterlappens der Hypophyse gelegentlich erzeugt. Eine Summierung dieser beiden ist natürlich nicht wünschenswert. — Und schließlich ist zu bedenken, daß es möglich wäre, daß der Alkoholiker, dessen Flüssigkeitsausscheidung vermindert ist und der weitertrinkt, durch die daraus entstehende Mehrbelastung seines Herzens geschädigt wird, um so eher, wenn er in dieser Zeit körperlich Arbeit leistet und vielleicht auch noch eine Drucksteigerung bei ihm bereits vorhanden ist. — Trotz dieser theoretischen Bedenken dürfte es im Hinblick auf die ungeheuere Bedeutung, die eine erfolgreiche medikamentöse Behandlung des Alkoholismus hätte (es gibt bekanntlich Fälle, die einer Entziehungskur aus schwerwiegenden Gründen nicht zugeführt werden können), erlaubt sein, vorsichtig Versuche in der angedeuteten Rich-

tung anzustellen. Wir hoffen, in nicht allzulanger Zeit über eigene derartige Untersuchungen berichten zu können.

Überblicken wir die hier kurz wiedergegebenen Ergebnisse der Untersuchungen, die sich mit der physiologischen Erklärung für die Entstehung des Alkoholismus beschäftigten, so können wir sagen, daß sie uns wohl einigermaßen die allmähliche Verankerung von gewohnheitsmäßigem Alkoholgebrauch und die Entstehung alkoholischer Psychosen begreiflich zu machen scheinen, daß sie uns aber keinen Aufschluß darüber geben, warum der Betreffende überhaupt von Anfang an zum Alkohol gegriffen hat. Vor allem lassen sie uns jene Fälle ganz unklar, bei denen die Süchtigkeit gleich am Beginn ausgesprochen war. Wir kommen also sicherlich bei der Beurteilung der endogenen Ursachen des Alkoholismus nicht allein mit physiologischen Überlegungen aus.

Bei Verabreichung größerer Dosen von Schlafmitteln, sowie bei bestimmten Krankheiten beobachtete *Meerloo*, daß verschiedene Suchten (Naschsucht, Onanierlust, u. a.) auftraten. Er bezieht diese Suchten auf Veränderungen im Diencephalon. Für die großen Suchten, wie Alkohol-, Morphin-, Kokainsucht, ist er der Meinung, daß die chronische Vergiftung ihren Angriffspunkt, der zunächst durch die Hirnrinde gebildet wird, nach dem Hirnstamm verlegt. — Bei Erkrankungen der Hirnrinde, zum Beispiel Tumoren oder senilen Veränderungen, aber auch bei primitiver Veranlagung der höheren Gehirnzentren (Neencephalon) oder subcorticalen Zentren (Degenerierte, Psychopathen, Imbezille) wird oft eine Intoleranz gegen Alkohol beobachtet[5]). Eine solche kann sich auch bei chronischer Vergiftung des Hirnstammes (Veronalismus) entwickeln. Die verschiedenen Alkoholpsychosen weisen durch ihre vegetativen Veränderungen, Glykosurien, Pulsarhythmien usw. gleichfalls auf eine Veränderung im Hirnstamm hin. — Den Beweis für die eben erwähnten klinischen Erfahrungen sieht *Meerloo* darin, daß neben den verschiedenen diffusen anatomischen Veränderungen der Hirnrinde und des Kleinhirnes bei chronischen Alkoholikern die örtlichen Herde hauptsächlich im Hirnstamme zu finden sind.

Russische Autoren, *Goicher*, *Krasnowskaya* und *Tschernyschewa* fanden bei chronischen Alkoholikern, auch wenn keine subjektiven Magenbeschwerden vorlagen, im Magen große Schleimmengen. Die Säurekurve stieg viel später als bei gesunden Personen hochgradig an und der Pylorus (Magenpförtner)

[5]) Wir erinnern an die hohe Zahl der Schädeltraumatiker unter den intoleranten Trinkern. Aber auch ohne anatomisch greifbare Grundlage zum Beispiel bei Hirnerschütterungen (Granatverschüttung) folgt häufig Alkoholintoleranz.

zeigte eine starke Erregbarkeit (gesteigerte Acidität des Mageninhalts, Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems). Die Leber fanden die Autoren sowohl bei der Anstellung der Farbstoffprobe mit Indigokarmin und Methylenblau sowie bei der Prüfung des Zuckerstoffwechsels funktionell geschädigt. Bei ihren Grundumsatzbestimmungen stellten die genannten Autoren nur eine bedeutende Labilität der Alkoholiker, jedoch keine Abweichung von der Norm fest. Die spezifisch dynamische Wirkung der Nahrung, gekennzeichnet in den Oxydationsvorgängen des Organismus, fanden sie herabgesetzt.

Auf die gleiche Unklarheit trifft man bei dem Versuch, die einzelnen Spielarten des akuten Rausches zu erklären. Warum gerade der eine Mensch in der akuten Alkoholvergiftung lustig und guter Dinge wird, der andere dagegen weltverneinend, traurig, lebensüberdrüssig, der dritte streitsüchtig, ein vierter allgemeine Versöhnung und Verbrüderung anbahnen will, oder wieder ein anderer gar eine ausgesprochen krankhafte Alkoholreaktion (pathologischer Rausch) zeigt, ist ziemlich unverständlich. Man kann wohl mit einer gewissen Berechtigung auch hier physiologische Gründe annehmen. Bekanntlich ändert sich die Art, in der jemand auf Alkoholgenuß anspricht, auch bei ein und demselben Menschen im Laufe der Jahre. Wir sehen, daß von Haus aus gutmütige Menschen durch jahrelangen Alkoholmißbrauch unduldsam, streitsüchtig und bösartig werden und erleben es ganz selten auch, daß umgekehrt ein früher auf Alkoholgenuß hin reizbar gewordener in späteren Jahren eine depressive Reaktionsweise zeigt. Für diese Veränderungen könnte man ungezwungen die erwiesenen Stoffwechseländerungen verantwortlich machen. Es wäre daher denkbar, daß solche Stoffwechselveränderungen auch beim nur gelegentlichen Alkoholmißbrauch auftreten, wenn auch nur in viel schwächerem Grade, als dies beim chronischen Trinker der Fall ist, und die jeweilige Erscheinungsform des Rausches bedingen. Welche Rolle dabei der seelischen Eigenart des einzelnen zukommt und welche den erwähnten Stoffwechselveränderungen, entzieht sich vollständig unserer Beurteilung. Unwillkürlich wird man durch die Art gewisser Überempfindlichkeitsreaktionen gegen Alkohol an die von idiosynkratischen Menschen oder an allergische Zustände erinnert. Die noch keineswegs gefestigten und gesicherten Ansichten über das Zustandekommen solcher Reaktionen müßten daher bei der Frage nach den Ursachen des Alkoholismus gleichfalls berücksichtigt werden.

Mit dem Problem des Alkoholismus haben sich die verschiedensten psychologischen Schulen beschäftigt und jede war bestrebt, eine allgemein gültige Erklärung für seine Entstehung zu geben. Man darf wohl sagen, daß dieses Bestreben von keiner

psychologischen Richtung erfüllt wurde, wohl aber gaben und geben uns die verschiedenen Erklärungsversuche im einzelnen Falle wertvolle Fingerzeige, ihn zu verstehen. Wir haben in unseren Ausführungen einen solchen Erklärungsversuch von *W. Cimbal* und von *Jaeger* erwähnt. Nun wollen wir noch eine oder die andere Schule nennen. Vor allem ist da die individualpsychologische Erklärung, auf die wir im zweiten Teil unserer Arbeit noch ausführlich zurückkommen werden. Nach ihr sind es in erster Linie mehr oder weniger bewußte Minderwertigkeitsgefühle, die durch den alkoholischen Rausch betäubt werden sollen. Ehrgeizige, bewunderungshungrige und geltungsbedürftige Menschen, die unfähig sind, die Erfüllung ihrer Wünsche durch ernste Arbeit durchzusetzen, versetzen sich durch den Rausch in eine Stimmung, in der sie sich jeder auch noch so schwierigen Lage gewachsen fühlen und mühelos die Bewunderung gleich unreifer Genossen erringen. Diese wird besonders dann reich gespendet, wenn der Betreffende auch körperlich imstande ist, möglichst große Mengen alkoholischer Getränke zu vertilgen. Das wäre etwa der psychologische Mechanismus, der auf den kneipenden Studenten in weitestem Maße Anwendung findet. Eine Süchtigkeit nach alkoholischen Getränken besteht in diesen Fällen in der Regel nicht. Das geht unter anderem daraus hervor, daß die meisten der auch ganz unmäßig trinkenden Studenten später, wenn sie ihre innere Unreife überwunden haben, ihr Leben ändern und ernsthaft arbeiten. Dann ist es ja nicht mehr nötig, sich künstlich in die Rolle des tüchtigen Menschen hinein zu versetzen, denn die mühsam errungene Reife allein gibt Überlegenheit und Selbstbewußtsein. Das ist dann noch stärker ausgeprägt, wenn der frühere Student schließlich im Berufe steht und dort seine Fähigkeiten beweisen kann. Allerdings, wenn ihm diese fehlen, dann wird er beim Alkohol bleiben. Sehr selten ist dies leider nicht. Mit diesen Ausführungen soll natürlich nicht gesagt sein, daß unter den Studenten nur Gewohnheitstrinker und keine süchtigen Trinker sind.

Die Befriedigung des aus dem Minderwertigkeitsgefühl heraus entstehenden Geltungsbedürfnisses in der durch die Alkoholisierung gegebenen Scheinwelt führt zu immer größeren seelischen Konflikten und damit zur Neurose. Der Neurotiker sieht die Ursache für die ihm immer wieder begegnenden Lebensschwierigkeiten nicht in sich, sondern verlegt sie in seine Umgebung. Dadurch gerät er in ein falsches Verhältnis zu seiner Umwelt, aus dem er in den narkotischen Rausch flieht. Am leichtesten kann er sich diesen durch den Alkohol verschaffen und daher ist der alkoholische Rausch der häufigste. Die unvermeidlichen kleineren und größeren Lebensschwierigkeiten, die dem Neurotiker immer viel größer, ja unüberwindlich erscheinen, werden im Alkohol-

rausch besiegt und an die Stelle trostloser Verzweiflung tritt das lustbetonte, selbstsichere Bewußtsein des in seiner Kritik geschwächten Alkoholisierten. Daß die erwähnten Lebensschwierigkeiten in dem der Alkoholisierung unfehlbar folgenden Katzenjammer nur noch größer werden, kommt dem Neurotiker zunächst nicht zum Bewußtsein. Die Stimmung des Katzenjammers dann verlangt allerdings noch drängender nach einer neuerlichen Betäubung und damit ist der Teufelskreis geschlossen, aus dem es nicht so leicht mehr ein Entrinnen gibt.

Klatt stellt die Frage, warum die »Symptomwahl« den Trinker eben zum Narkotikum greifen läßt und warum er sich nicht in verschiedene Krankheiten flüchtet wie andere Neurotiker, oder warum er nicht ein leidenschaftlicher Verfechter irgendeiner »Idee« wird. Er sieht keine Möglichkeit, diese Frage zu beantworten. Mag für die Beantwortung nicht vielleicht die innere Unreife des Trinkers, infolge deren er zur Verfechtung einer Idee nicht fähig ist, herangezogen werden können? Hier wäre auch zu bedenken die vielen Trinkern innewohnende Bequemlichkeit, die sie einerseits die für sie am leichtesten erreichbare Befriedigung wählen läßt, andererseits sie davor bewahrt, die Unannehmlichkeiten einer »arrangierten« Krankheit zu übernehmen. Schließlich muß der mehr oder weniger stark ausgeprägten erblichen Veranlagung, die uns für die meisten Fälle nach dem früher über die erbliche Belastung von Trinkern Gesagten wahrscheinlich dünkt, Rechnung getragen werden.

Außer der belebenden und erhebenden Rauschwirkung wird von vielen aber die Betäubung und Entspannung im Rausch gesucht. Hier sind zu nennen die die »Gemütlichkeit« suchenden und immer wieder betonenden Spießer. Diese genießenden Zecher gehören charakterologisch vorwiegend dem zykloiden Kreis *Kretschmer*s an. Nun könnte man meinen, daß bei depressiver Stimmungslage der Wunsch nach einer Aufrichtung und Erheiterung mit Hilfe des Alkohols naheliegend ist, andererseits aber könnte man meinen, daß die in der gehobenen Stimmung befindlichen hypomanen Naturen in ihrer überschäumenden Lebenslust und -freude einer solchen Betäubung und eines Hilfsmittels ja nicht bedürfen. Bei dieser Erwägung weist *Klatt* sehr zutreffend auf die auch im Hintergrund solcher hypomaner Stimmungslagen nachweisbaren depressiven Züge hin, die sehr leicht ein Umschlagen der Stimmung bedingen können. Ganz bewußt gehen solche Menschen Unannehmlichkeiten aus dem Weg und geben, wie zum Beispiel Goethes Mutter ihrer Umgebung strengen Auftrag, sie mit allen unangenehmen Mitteilungen zu verschonen. Auch wir haben wiederholt Gelegenheit gehabt, ähnliches bei hypoman veranlagten und geistig hochstehenden Menschen zu beobachten.

Klatt selbst unterscheidet mit *Nietzsche* »zwei grundsätzlich voneinander verschiedene Rauschzustände: der eine entstammt der Fülle der Seele, der andere der inneren Leere. »Der Rausch aus der Fülle ist der Ausdruck des Verlangens nach höherem Machtgefühl, er ist eine lebenssteigernde Kraft und geht auf die Verachtung alles Mäßigen und auf das in nichts Genüge-Finden der Menschen mit überschäumendem Triebleben zurück. Demgegenüber wurzelt der »Rausch aus der Leere« in einem Gefühl der Unbefriedigung, Niedergedrücktheit und Mißstimmung. Dieses persönliche Elendgefühl bedingt eine Sehnsucht nach dem Rausch, die immer ein Zeichen von Schwäche ist. Dementsprechend bedeutet für solche Naturen der Alkohol den kraftspendenden und helfenden Freund, der sie aus den unangenehmen Lagen erhebt. Der kraftvolle Mensch dagegen hat nie eine Sehnsucht nach dem Rausch. Der Rausch ist für ihn nur eine, aber nicht unbedingt nötige Steigerung seines Lebensgefühls. Daher empfindet er den gewohnten Alltag nach Abklingen des Rausches nie als einen tiefen Sturz wie dies immer der Fall ist bei Menschen, die aus einer inneren Öde und Leere heraus sich in den Rausch geflüchtet haben. Für sie wirkt damit der künstliche Rausch lebenzerstörend.

Auf Grund einer fast sämtliche seelische Möglichkeiten großzügig umfassenden Theorie, die sich also durchaus nicht mit den Süchtigkeiten allein beschäftigt, kommt *E. Kratzmann* zu einer ganz neuen, bedeutsamen Begründung des Alkoholismus.

Jedes Lebewesen ist begrenzt, nach Raum und Zeit, im Gegensatz zum Unbelebten, daß fakultativ keinerlei Begrenzung kennt. Innerhalb der Grenzen des Leibes ist Leben, Bewußtsein, außerhalb Nicht-Leben, somit Nicht-sein, Nichts. Auflösung der Grenzen des Lebendigen wäre Aufhören des Lebens, Übergang in das »Draußen«, das Nichts. Jenes »Außerhalb« ist für das Bewußtsein daher das Feindliche schlechthin. Ihm gilt die tiefste Furcht, die »Urfurcht«. Ins Animalische, Positive gewendet entspricht ihr der »Lebenstrieb«, der stets auf irdische Dauer gerichtet, jedem Lebewesen eigen ist, während nur das selbstbewußte denkende Leben auch Urfurcht kennt. Dem Lebenstrieb entspringen vor allem Nahrungs- und Geschlechtstrieb, dann überhaupt alles auf Dingliches gerichtetes Tun. Unmittelbare Bedrohung des Lebens löst Todesangst aus, die nichts zu tun hat mit der Todesfurcht, einem reinen Ausdruck der Urfurcht.

Das bewußte Leben sperrt sich gegen das feindliche Nichts ab und befestigt seine Stellung ihm gegenüber nach Möglichkeit. Es eignet sich einen Teil der Welt an, indem es ihn durch sein Wissen davon durchdringt: der Ich-Raum. Er umfaßt das eigene Ich, bekannte oder gar geliebte Menschen und überhaupt alles, was einer von der Welt weiß, so viel er von ihr beherrscht, was

ihm nicht unbekannt, daher drohend, feindlich ist. — Das absolute feindliche Nichts kann nicht vorgestellt werden. Also wird es verkörpert: als leerer Raum (daher die so verbreitete Furcht vor dem Raum!), dann als die unbekannte, mit fremden Dingen und Menschen erfüllte Umwelt, endlich diese Menschen selbst.

Stellt sich der Einzelne, vorwiegend von Urfurcht erfüllt, gegen die Außenwelt ein, so nennt ihn *Kratzmann* einen »Verneinenden«, anderenfalls einen »Bejahenden«. Die Weltverneinenden sind identisch mit den Schizothymen *Kretschmer*s, die Weltbejahenden, vom Lebenstrieb beherrschten, mit den Zyklothymen. Zum erstenmal ist damit wirklich deduktiv bewiesen, daß es und warum es nur diese beiden seelischen Grundtypen geben kann.

Innerhalb jeder Gruppe unterscheidet *Kratzmann* noch Aktive und Passive. Endlich stellt er noch den Kreis der »Menschen des Nichts« auf: jene, in denen weder Urfurcht noch Lebenstrieb nennenswert vorhanden sind, Menschen der inneren Leere, hohle Durchschnittsnaturen.

Die Verneinenden stellen die eigentlichen (schweren) Trinker. Für die Passiven unter ihnen ist der Alkohol: Flucht vor der feindlichen (oder nur als feindlich empfundenen) Außenwelt, Absperrung gegen sie, Vergessen, Erhöhung und Stärkung des Selbstbewußtseins, grimmiges Verschanzen im Ich-Raum. Sie trinken allein, fliehen vielleicht sogar die Gesellschaft.

Die aktiven Verneinenden trinken seltener, denn sie bedürfen keiner künstlichen Schutz-, Flucht- oder Abwehrmittel. Hierher zählen vor allem die wirklich Genialen, Kämpfernaturen, die aus sich eine Welt erschaffen. Der Geniale trinkt nur, wenn überhaupt!, in den Pausen der schöpferischen Tätigkeit, wenn er innerlich leer, ausgegeben, die stets als feindlich, nicht in seinem Sinn geordnet, empfundene Welt besonders schmerzlich erleben muß, — nie in Zeiten der eigentlichen Arbeit. Das sogenannte »versoffene Genie« ist immer ein Halbgenialer, begabt, aber nicht voll schöpferisch. Er ist geradezu prädestiniert zum schweren Trunk, denn es gibt kaum ein größeres, echteres Unglück als diese Diskrepanz zwischen Wollen und Können. In leichtester, abgeschwächtester Form liegt eine solche oft auch bei verneinenden nicht Genialen vor, die einfach mit der Welt nicht einverstanden sind, dumpf empfinden, daß sie anderes wollen und nie Klarheit finden, weil es ihnen an Gestaltungskraft völlig mangelt. Durch diese schmerzliche Spannung werden sie zum Trunk gezwungen.

Die Bejahenden umfassen die »Zecher«: die stillen, gemütlichen, leichtgerührten sowohl als die »fröhlichen Zecher«. Ihnen bringt der Alkohol Erhöhung der Daseinsfreude, sie brauchen ihn nicht so bitter notwendig wie die Verneinenden. Sie sind daher die leichteren Fälle. Sie können am ehesten aufhören, während

die Verneinenden gerade das Merkmal des schweren Trinkers aufweisen, das »Nichtaufhören-Können«. Denn bei diesen ist der Trunk eben anlagemäßig bedingt, seine Voraussetzungen sind stets vorhanden, nicht zu beseitigen.

Der »Mensch des Nichts« endlich trinkt, um die gähnende Langeweile seines Lebens, seines Ich, zu betäuben, um sich Abwechslung, vor allem aber Ansehen vor sich und den anderen, den Zechgenossen, zu verschaffen, sei es durch Trinkfestigkeit, sei es durch hohlen Bierpathos in Tischreden.

Bei den »Trinkerausreden« unterscheidet *Kratzmann* (u. W. als erster) die Ausreden im vorhinein, die sich vor allem bei den Bejahenden finden, und die im nachhinein, eine Eigentümlichkeit der passiven Verneinenden.

Dies in kürzesten Zügen die Anwendung der Theorie *Kratzmanns* auf dem Alkoholismus. Zahlreiche Typen mußten beiseite bleiben. Wichtig erscheint uns aber noch, zu betonen, daß *Kratzmann* im Alkoholiker nicht den Psychopathen sieht (obwohl es natürlich auch solche unter ihnen geben muß, was aber nicht schwer zu erklären ist), sondern den Alkoholismus folgerichtig aus den Konstitutionen der »Normalen« herleitet. Damit würde übereinstimmen, daß wir selbst unter unseren Patienten verhältnismäßig wenig (59%) psychisch Abwegige gezählt haben. Dies ist vor allem deshalb so wichtig, weil ja gerade der Alkoholismus der Normalen oder fast noch Normalen der Erklärung so besonders große Schwierigkeiten bereitet.

Die bisher wiedergegebenen Erklärungsversuche für das Entstehen des Alkoholismus können, jeder für sich genommen, nicht als befriedigend bezeichnet werden. Vor allem dürfte man wohl den Eindruck gewonnen haben, daß es weder die Anlage allein noch auch eine physiologische Erscheinung noch auch ein einzelpsychologischer Mechanismus allein ist, der einen Menschen zum Trinker macht. Es kommen zu diesen persönlichen Vorbedingungen, von denen allerdings eine oder die andere gegeben sein muß, als äußerst wichtig auch noch die sozialen Vorbedingungen dazu. Mit diesen wollen wir uns nun im zweiten Teil unserer Abhandlung ausführlich auseinandersetzen.

Es erscheint uns zweckmäßig kurz die Frage zu berühren, warum so gut wie alle Völker Alkohol gebrauchen. In dieser Tatsache erblicken die Freunde des Alkohols einen Beweis für seine biologische Notwendigkeit. Wenn eine solche für einzelne Fälle gelegentlich zuzugeben ist, so muß ihre Annahme als allgemein zu Recht bestehend unbedingt abgelehnt worden. Es ist durchaus nicht das körperliche Verlangen nach einem Rauschgift, was die Menschen mit einem solchen bekannt macht, sondern zunächst

das Vorhandensein von gegorenen Flüssigkeiten, beziehungsweise von berauschend wirkenden Substanzen. Durch die allgemeine Verbreitung der Hefe-(Gärungs-)bazillen ist es unausbleiblich, daß eine zuckerhaltige Flüssigkeit zum Gären kommt. Ebenso unausbleiblich ist es, daß früher oder später einmal die Menschen eine solche vergorene Flüssigkeit genießen. Und nun werden sie bekannt mit der berauschenden Wirkung dieser Flüssigkeit. Kennen sie erst einmal diese belebende Wirkung, dann suchen sie sie und damit ist der Grund gelegt für eine fortschreitende allgemeine Ausbreitung des Rauschtrankes. In der weiteren Folge versuchen die Menschen, derartig wirkende Genußmittel künstlich herzustellen. Für die Gruppe der Erzeuger waren zunächst sakrale Momente maßgebend. In der Neuzeit kam aber ein anderes, die weitere Ausbreitung ihrer Erzeugnisse ganz beträchtlich beschleunigendes Moment dazu: die Gewinnsucht. An geeigneter Stelle kommen wir noch auf derartige Bestrebungen ausführlicher zu sprechen.

Aber nicht nur Flüssigkeiten sind es, die ihrer Rauschwirkung wegen verwendet werden, sondern auch feste Stoffe, die sich keines allgemeinen Vorkommens erfreuen, zum Beispiel die Kokablätter oder das eingetrocknete Harz des indischen Hanfes (Haschisch) oder der Saft unreifen Mohnes (Opium) oder der Tabak bei den Indianern u. a. m. Auch da ist es mehr oder weniger jene unbestimmte Größe, die im Leben des einzelnen wie in dem großer Völker eine zwar ungewisse, nichts destoweniger aber ungeheuere Rolle spielt: der Zufall, der die Menschen einmal veranlaßt, von einer Pflanze, deren Frucht oder Harz zu kosten. Auch dabei erfahren sie zunächst zufällig die Wirkung dieses Genusses, woraus sich so wie bei dem Rauschtrank ein weiteres Suchen und Verlangen ergibt, das dann später durch die Sitten der Gesellschaft gefördert wird.

Daß die alkoholischen Getränke in den abendländischen Kulturkreisen ihre riesige und überwiegende Bedeutung gewinnen konnten, hängt vor allem damit zusammen, daß sie ohne besondere Entwicklung der Industrie in großem Ausmaß erzeugt werden konnten, während die übrigen Rauschgifte doch eine gewisse industrielle Höhe und Entwicklung des Handelsverkehrs voraussetzten. Dazu kommt, daß diese Rauschgifte, vielleicht wegen ihrer besonders schnell gesundheitsstörenden Wirkungen, vielleicht auch durch die Bestrebungen des inzwischen zu einer Macht gewordenen und die Konkurrenz fürchtenden Alkoholkapitales gesetzlich verboten sind. Die letztere Vermutung scheint begründet durch die umgekehrten Verhältnisse in orientalischen Ländern. (Vergleiche Anmerkung S. 59ff.)

Ein psychologischer Grund, der den alkoholischen Rauschgetränken zu größerer Verbreitung verhalf gegenüber den anderen

Rauschgiften, ist der, daß jene das gesellschaftliche Gemeinschaftsgefühl steigern, während dies bei anderen Rauschgiften nicht oder doch nicht in dem Maße der Fall ist. —

II.

Der Alkoholismus ist heute in allen Schichten des Volkes noch sehr weit verbreitet. — Er ist eine allgemeine gesellschaftliche Erscheinungsform. Seine Wurzeln reichen tief hinein in die Erde nationaler und ständischer Sitten. Die Formen der Geselligkeit sind zum größten Teile noch an den Konsum alkoholischer Getränke geknüpft, wichtige Ereignisse im menschlichen Leben, Geburt, Hochzeit, Standeserhöhungen, ja selbst das Begräbnis dient zum Anlaß eines, als selbstverständlich von den meisten empfundenen, oftmals forcierten Genusses geistiger Getränke. Bei einzelnen Ständen ist es Ehrensache im Trinken fest zu sein und seinen Mann zu stellen. Bei einzelnen Berufszweigen gilt es als notwendig und zur Ausübung dieses Berufes als unumgänglich, daß die »Kräfte« gerade durch Alkohol gehoben werden, eine Täuschung und Selbsttäuschung, welche weiter bestehen bleibt, wenn die Wirklichkeit auch das Gegenteil schon längst bewiesen hat. Hier ist es interessant, wie ein der Geschichte und Tradition entstammendes Werturteil sogar eine reine Erfahrungstatsache verfälschen und subjektiv entstellen kann. »Man muß eben trinken« entweder weil es zum Berufe gehört, und man ohne Alkohol nicht arbeiten könne, oder weil es zur Standesehre gehört und man sonst glauben könnte, man vertrage nichts oder man könne es sich nicht leisten oder man müsse trinken, müsse, weil dies zum guten Ton gehöre usw.

Das sind die bekannten und berühmten subjektiven Gründe für das Trinken der sogenannten Normalen, welche hierbei nicht sehen, daß sie einer Massen-Suggestion erliegen, daß sie nur urteilslos das nachsprechen, was Generationen bereits ebenso unberechtigt vor ihnen gesagt haben. Hierzu kommt bei vielen die psychologische Wirkung von den auch mäßig genossenen Alkoholmengen, die Euphorie, und die Möglichkeit, sich mittelst des »Trinkens« über unangenehme Situationen, bevorstehende Entscheidungen, Verantwortlichkeit und unerwünschte Klarheit scheinbar für kurze Zeit hinweg zu setzen, sowie die physiologische Scheinwirkung, daß bei schwerer körperlicher Arbeit für kurze Zeit anscheinend das Gefühl der Müdigkeit verschwindet. Aus diesen Gründen wird von der überwiegenden Zahl der »normalen« Alkoholiker das giftige Getränk in irgendeiner Form konsumiert und je länger diese Gewohnheit dauert, desto heftiger mit den angeführten oder ähnlichen Scheingründen verteidigt, welche doch alle auf eine Grundformel gebracht werden können. Ich trinke,

weil die andern auch trinken und die andern sagen, daß man trinken muß. Wer sind nun diese »andern«. Entweder Alkoholinteressenten oder aber solche, welche diese Scheingründe auch für sich in Anspruch nehmen, das heißt solche, die selbst Alkoholiker sind, oder aber ebenfalls von der Allgemeinheit auf die Notwendigkeit fälschlich schließen.

Die menschliche Gesellschaft kann und darf sich aber mit den sie treffenden Übeln nicht abfinden, sie muß sie bekämpfen, wo es nur geht, und wenn dies bei Krankheiten und anderen Gefährdungen auch nicht immer möglich ist, wenn die Umstände außerhalb der Wirkungsmöglichkeit liegen, so muß der Kampf vor allem dort aufgenommen werden, wo das Übel der Gesellschaft selbst entstammt, wo die Miseren gesellschaftlicher Natur sind, oder durch soziale Umstände veranlaßt, gefördert oder verbreitet werden. Daß zu diesen Übeln der Alkoholismus als Massenerscheinung vornehmlich zu zählen ist, wird kein Einsichtiger bezweifeln. Ist doch ein großer Teil aller jener Erscheinungen des gesellschaftlichen Lebens, welche sich als eingebürgerte Sitten, als Gewohnheiten, als Werturteile einzelner Stände, als geschichtliche Überlieferung, als Zwang der Mode usw. darstellen, zumindest ebenso Mitursache der Allgemeinerscheinung des Alkoholismus, wie die schwere körperliche Arbeit, die Dürftigkeit und Freudlosigkeit, die Enge und Armseligkeit des Lebens der sozial unterdrückten, schlecht gestellten Stände.

Wenn nun der Versuch gemacht werden soll, die einzelnen sozialen Verursachungen aufzuzeigen, welche zum Alkoholismus führen, so möge es gestattet sein, aus dem Konglomerate der Wirklichkeit drei Gruppen herauszulösen, welche, obwohl im Wesen zusammengehörig, sich doch, wenigstens prinzipiell, in ihrer Erscheinungsform trennen lassen.

Fürs erste kommt hier jene Gruppe in Betracht, welche man als sozial und physiologisch bedingt bezeichnen könnte. Hierher gehören alle jene schwerarbeitenden Menschen, welche — nach ihrer Aussage — durch die Art ihres Berufes somatisch zum Alkoholgenuß »gezwungen« werden. Die zweite Gruppe würden diejenigen Menschen bilden, welche durch sozial-psychologische Motive zu Trinkern werden. Hierher gehören vor allem sozial gedrückte, heruntergekommene Menschen, solche, welche ursprünglich minderwertig, sich ihrer sozialen und familiären Verantwortung durch ein Narkotikum zu entschlagen suchen; solche, welche aus einer gehobenen Position in die Tiefe glitten oder stürzten und nun mittels des Alkohols sich wieder vor sich selbst eine Scheingeltung durch ein Leben in der Erinnerung, durch Verlegen des Schwerpunktes in eine imaginäre Welt, erringen wollen. Hierher gehören die Opfer des sozialen Kampfes ums Dasein,

denn im Alkoholrausche siegen die Unterlegenen, tobt sich das Ressentiment der Schwachen und Dekadenten aus. Hierher gehören auch alle jene, welche als Neurotiker keine andere Abreaktion oder Kompensation für ihre Minderwertigkeitskomplexe gefunden haben und welche nun in der Euphorie des Alkoholrausches irgendwie ihr seelisches Gleichgewicht wieder zu erlangen hoffen (siehe Anmerkung zu S. 2).

Wenn die erste Gruppe getäuscht wird durch die irrige Annahme von einer nützlichen körperlichen Wirkung des Alkohols und durch soziale Umstände zu dieser Selbsttäuschung gedrängt wurde, so wird die zweite Gruppe durch ein Fehlurteil über die psychische Wirkung des Alkohols veranlaßt, sich dort einen Trost für die Unbill ihrer sozialen Situation zu suchen, wo sie in Wirklichkeit nur noch tiefer in ihr Elend verstrickt wird.

Die dritte Gruppe bilden jene Gesellschaftsmenschen, welche durch allzugroße Bindung an Form und Herkommen sich kritiklos der Herrschaft der Trinksitten unterwerfen und deren Sklaven werden[6]).

---

[6]) So verschiedenartig die sozialen Voraussetzungen und Ursachen auch sein mögen, welche bewirken, daß der Alkoholismus eine Massenerscheinung geworden ist, welche alle Gesellschaftskreise umfaßt, kann vielleicht doch behauptet werden, daß keine der sozialen Wurzeln einen solch bedeutenden Einfluß auszuüben imstande ist als die Trinksitten und die seit Generationen mit dem Scheine besonderer Bedeutsamkeit vererbten Trinkgewohnheiten, welche die unbefangenen Werturteile verfälschen und auf diese Weise den Boden für die Ausbreitung des Alkoholismus psychisch vorbereiten. Allerdings, eine einzelne Ursache für die Verbreitung des Alkoholismus verantwortlich machen zu wollen oder auch nur zu sehr zu betonen, wäre verfehlt und würde den Tatsachen Gewalt antun. Es hat ja zu allen Zeiten Trinker und Süchtige gegeben und es wäre ungerechtfertigt, wollte man diese Tatsache, welche sich in geschichtlich und kulturell sehr weit entfernten und verschiedenartigen Epochen aufzeigen läßt, vom Standpunkte einer einseitigen Theorie aus beurteilen. Es hat ja auch jede durch einen Kulturkreis abgesteckte Zeitepoche ihre eigenen gesellschaftlichen Bedingungen und Gesetze, welche auf eine andere Gesellschaftsform einer anderen Kulturlage nicht ohne weiteres übertragbar sind. Wohl aber ist sehr zu bedenken, daß die gesellschaftlichen Formen nicht für sich allein bestehende oder gegeneinander scharf abgrenzbare Gebilde sind, sondern, daß sie oftmals organisch miteinander verknüpft sind. So kann und muß denn auch, was in der einen Epoche noch gesellschaftliche Norm gewesen war (öfters noch sakral oder rechtlich bedingt), irgendwie bewußt oder unbewußt als Entwicklungsfaktor auf die folgende Zeit einwirken und auch dort noch seine Wirksamkeit erweisen, wo die ursprünglich veranlassenden geschichtlichen Voraussetzungen bereits weggefallen sind. Manchmal sind derartige gesellschaftliche Formen, welche sich gewissermaßen als Ableger einer früheren Kultur darstellen, nur durch die Betrachtung der vorhergegangenen Epoche und deren gesellschaftlichen Bedingungen erklärlich.

Die erste Gruppe umfaßt jene Ursachen, welche in einer angeblichen physiologischen Notwendigkeit wurzeln und welche einzelne Berufsschichten in besonderem Maße zu Trägern des erworbenen Alkoholismus macht oder angeblich machen soll. »Arbeit unter hohen Temperaturen (wie Glasbläser, Glasschmelzer, Eisengießer und Eisenformer, Heizer, Arbeiter in Brennöfen), ferner Arbeiten, die bei ungünstiger Witterung im Freien erfolgen (die der Fuhrleute, Schmiede, Ziegelstreicher, Steinbruch-, Erd- oder Straßenarbeiter), solche, die unter Staubentwicklung vor sich gehen (wie Schleiferei jeder Art), sowie gewisse schwere oder besonders lästige Arbeiten (in nassen Räumen tätige Papiermacher, Färber und Walker oder wie die Nachtarbeit) erwecken Durst oder ein Bedürfnis nach körperlicher Anregung, um die Umstände der Arbeit oder ihre subjektiven Folgen erträglicher zu machen. Nun bietet der Alkohol unmittelbare Belebung. Zu diesem Genusse drängen ferner hin: das Gefühl der Ermüdung nach der Arbeit, ein geringer Nährwert und schlechte Zubereitung der gebräuchlichen Nahrung.« *(Schwiedland.)*

Zu diesen ungünstigen Arbeitsvoraussetzungen, beziehungsweise körperlich besonders ermüdenden Arbeitsart treten noch andere Momente, welche sich in besonderem Maße bei den zur Schwerarbeit gezwungenen Menschen auswirken, wie »Wohnungsenge, die das Wirtshaus verlockend macht, Drang nach Geselligkeit, Roheit des Genußlebens. Hierzu kommt aber noch die Wirkung der Mittel, welche die Alkoholverkäufer und Wirte zur Steigerung ihres Absatzes anwenden« *(Schwiedland)*. Nun ist es klar,

---

Eine unbefangene Prüfung der für den Alkoholismus und seine Ausbreitung maßgebenden sozialen Ursachen muß zu dem Ergebnis gelangen, daß aus der gegenwärtigen gesellschaftlichen Kultur und der Struktur des jetzigen sozialen Lebens allein nicht vollkommen zureichende Gründe abgeleitet werden können, welche die unverhältnismäßig starke Verbreitung dieses Übels restlos erklären würden. Alle aus dem gegenwärtigen gesellschaftlichen Leben als »soziale Wurzeln« im eigentlichen Sinne ableitbaren Ursachen weisen noch auf eine tiefere Schicht, welche in der historischen Vergangenheit verankert ist und die ihre Wirksamkeit vornehmlich darin erweist, daß sie die unbewußte psychische Disposition dafür schafft, daß noch in der Gegenwart die Menschen der Suggestion des Alkohols und seiner Interessenten leichter unterliegen, als der eines anderen Rauschgiftes (soweit Europa in Betracht kommt). Hier zeigt sich neben der bewußten offenen Auswirkung der geschichtlichen Trinksitten noch unbewußt und latent fortwirkend die Macht Jahrhunderte alter Gewohnheiten und gesellschaftlicher Bindungen einer früheren Kulturstufe. Diese latenten Ausstrahlungen sind es aber, vielleicht in noch höherem Maße als die heute noch üblichen Trink- und Kommerssitten, welche den Boden vorbereiten, auf welchem dann, gefördert durch die geschäftstüchtige Psychologie des Alkoholkapitales, die gesellschaftlich bedingte Trunksucht in so üppigem Maße Wurzeln fassen konnte.

daß solche Mittel am ehesten bei solchen Menschen wirksam sein müssen, welche durch schwere Arbeit in Hitze, Kälte, Nässe, Staub usw. ermüdet sind und ihrer vollen Urteilskraft infolge ihrer Ermattung nicht ganz mächtig sind. Sie werden ohne viel Überlegung nach dem Getränk greifen, das ihnen als Helfer in der Not angepriesen wird, das ihnen momentan wenigstens eine Stärkung zu schaffen scheint und von dem diese Menschen von ihrer frühesten Jugend an immer wieder hören, daß man ohne dasselbe gar nicht arbeiten könne. Es liegt nicht nur an der Schwere der Arbeit, sondern auch zum großen Teil an der Überlieferung und Suggestion, wenn sich in einzelnen Berufskreisen die Notwendigkeit des Alkoholkonsumes stärker ergeben soll wie in anderen. Nun kann gewiß nicht geleugnet werden, daß Arbeiterkategorien, welche unter der Unbill der Witterung usw. zu leiden haben, eher zum Alkoholgenuß disponiert sind als die anderen unter günstigeren Bedingungen arbeitenden Menschen. Daß sie aber zum Alkohol greifen, liegt in vielen Fällen in der Verleitung und im Mangel eines entsprechenden Ersatzes, sowie in der falschen Voraussetzung, von der hinsichtlich der Stärkungsmöglichkeit des Alkohols ausgegangen wird. Besonders prädestiniert für den Alkoholgenuß sind nach *Ph. Stein* die Arbeiter in den Gießereien wegen der sich entwickelnden Staub- und Hitzeplage, ferner die in Hasenhaarschneidereien wegen des scharfen Geruches und Staubes, die in Wäschereien und Backsteinbrennereien wegen der ständigen Feuchtigkeit. In den Ziegeleien gab es noch die Institution der »Russenmeister«, welche den Schnaps als Naturallohn verabfolgen. Dies hat aber noch eine besondere Bewandtnis. *Stein* zitiert den Ausspruch eines solchen Russenmeisters. »Wenn die Leute nicht fortwährend im Dusel wären, würden sie die Arbeit gar nicht verrichten können.« Hier bildet der Alkoholkonsum nicht die Folge einer schweren Arbeit, sondern wurde vom Unternehmer geradezu als Mittel herbeigeführt, um durch Trübung der klaren Urteilskraft und Lähmung des Verstandes und des Gemütes Menschen zu den ungünstigsten Bedingungen als Arbeitstiere verwenden zu können. Daß eine derartige Beeinflussung zum dauernden Alkoholismus führen muß, daß diese Menschen in ihrer freien Zeit eben auch nichts anderes tun können, als sich betrinken, um ja nicht zur Besinnung zu kommen, ist wohl nicht verwunderlich, aber ein trauriges Zeugnis für den Tiefstand unserer Kultur am Ende des 19. Jahrhunderts. Besonderen Einfluß schreibt *Stein* der Nachtarbeit zu, bei welcher die Müdigkeit, der nicht genügend gestillte Hunger, das Morgenfrösteln und die dumpf gewordenen Nerven durch Alkohol belebt, beziehungsweise überwunden werden soll. Der Schnaps am Morgen soll das Gefühl der Leere und Müdigkeit

vertreiben. Auch hier ist es klar, daß die Verleitung, die traditionelle Gewohnheit, die allgemeine Sitte zu dieser verkehrten Maßregel die Handhabe geboten hat. — In allen Fällen würde durch zweckentsprechenden Ersatz der alkoholischen Getränke durch andere zwangsläufig die Vorstellung von der besonderen Notwendigkeit des Konsums geistiger Getränke bei einzelnen Ständen korrigiert werden können.

In der Internationalen Zeitschrift gegen Alkoholismus aus dem Jahre 1896 gibt *Blocher* eine Übersicht über Arbeitsbedingungen und Trinkzwang. Er führt vor allem die Bauarbeiter an, die den ganzen Tag im Regen aushalten müssen. Der Mangel an Baubuden zwingt sie, eine Restauration aufzusuchen. Wegen Regen, Sturm und Mangel an Material muß oft lange in der Arbeit ausgesetzt werden. Samstag müssen sie stundenlang auf ihr Geld warten. Der Arbeiter muß seine Kleider beim Gastwirt aufbewahren, dort das Klosett benutzen, sich in der Wirtsstube bei Arbeitspausen oder schlechter Witterung länger aufhalten. Dafür muß er eben beim Wirt etwas verzehren, muß trinken. *Blocher* fordert die Errichtung von Baubuden und Bedürfnisanstalten, um diesem Übelstande zu steuern, der wohl in der Zwischenzeit sich etwas gebessert hat, doch noch immer schlecht genug ist. Noch in der im Jahre 1927 von Dr. *T. Schmidt-Kraepelin* erschienenen Schrift: »Über die Bedeutung äußerer Anlässe und innerer Ursachen bei der Entstehung des Alkoholismus«, ist besonders auf den Alkoholismus der Bauarbeiter und Maurer hingewiesen.

Als bedeutend für die Ausbreitung des Alkoholismus bei den dem Wetter ausgesetzten Arbeitern betrachtet *Blocher* vor allem die Lüge, daß der Schnaps wärme. Daher sei es den Bauarbeitern, Straßenarbeitern, welche ohne Schutz der Witterungs-Unbill ausgesetzt sind, fast unmöglich (mangels physiologischer Erkenntnis), den Lockungen der Schnapsflasche zu widerstehen. Das, was nötig sei, sind aber Schutzeinrichtungen und Aufklärung, aber keine sittliche Entrüstung. Auf gleiche Weise werden Kutscher, Dienstmänner und andere ihrer Beschäftigung schutzlos im Freien obliegenden Arbeiter infolge mangelnder Schutzeinrichtungen leicht zu Alkoholikern.

Es wäre nun sehr interessant, an Hand der Statistik nachzuweisen, ob tatsächlich die Auswirkung der »schweren Arbeit« sich ziffernmäßig als bedeutsam oder überragend unter der Zahl der Alkoholiker nachweisen lassen. Da die Verhältnisse der Nachkriegszeit noch zu unübersichtlich sind, möge es gestattet sein, einwandfreie Statistiken der Vorkriegszeit heranzuziehen.

Eine sehr ausführliche Übersicht über die Verteilung des Alkoholismus auf die einzelnen sozialen Schichten gibt *Hugo*

Hoppe in seinem bekannten Werke »Tatsachen über den Alkohol« 3. Aufl. S. 414f.

»Was die Verteilung der Trinker auf die einzelnen Berufe betrifft, so sind bereits bezüglich der Häufigkeit des chronischen Alkoholismus und des Delirium tremens Angaben gemacht worden, aus denen hervorzugehen scheint, daß (in Deutschland wenigstens) die Arbeiter und Handwerker das größte Kontingent zu den Trinkern stellen. Doch ist dies nur Schein, da die Arbeiter und Handwerker die Hauptmasse der Bevölkerung bilden und in die allgemeinen Krankenhäuser vorzugsweise die Angehörigen der ärmeren Stände kommen, die sich fast ausschließlich aus den Arbeitern und Handwerkern rekrutieren, während die Trinker der reicheren Stände, die mit Bier und Wein Mißbrauch treiben, der Statistik entgehen, zumal die durch Biermißbrauch entstandenen Krankheiten nicht so auffällig und als solche nicht so kenntlich sind wie die Branntweinkrankheiten. Besonders dem Trunk verfallen sind außer den Alkohol- und Gastwirtsgewerben noch alle Gewerbe mit herumziehender Lebensweise, also Höker, Agenten, Reisende, Kutscher, außerdem Barbiere, Köche, Maurer, Erdarbeiter usw. —.«

Nach *Gerenyi* (8. Internationaler Kongreß gegen den Alkoholismus S. 380f.) wären bei 2255 Trinkern, die im Jahre 1900 in Nieder-Österreich erfaßt wurden, beschäftigt bei der Landwirtschaft und Forstwirtschaft 334 (166 selbständig), bei Gewerbe und Industrie 771 (171 selbständig), bei Handel und Verkehr 175 (55 selbständig), in anderen Berufen 89, außerdem waren Taglöhner 501, Dienstboten 78, ohne Beschäftigung 291.

Auch hier ist das Hauptkontingent von Arbeitern in gewerblicher oder industrieller Tätigkeit gestellt sowie von den Taglöhnern. Doch ist diese Aufstellung zu wenig detailliert, um ein richtiges Bild zu gewinnen.

Sehr interessant ist die bekannte Arbeit von *Kraepelin* über den Alkoholismus in München. Es sei sehr schwierig, über die Bedeutung des Lebensberufes für die Erkrankung an Alkoholismus Klarheit zu gewinnen, einmal wegen der Vielgestaltigkeit der Verhältnisse, dann weil ein zuverlässiger Vergleich mit der gesunden Bevölkerung kaum durchzuführen sei. Sehr auffallend erscheint der hohe Satz von 24,8%, mit dem die Taglöhner, Ausgeher und Hausknechte am Alkoholismus beteiligt sind.

Aus obigen Ausführungen ergibt sich, daß die Häufigkeit des Alkoholismus nicht in erheblichem Maße von der sogenannten Schwere der Arbeit beeinflußt sein kann, sondern, daß sich hier noch andere Momente aufzeigen, welche teils in einer konstitutionellen Minderwertigkeit gelegen sind, teils aber durch das Milieu und die Möglichkeit der leichten Verleitung zum Alkoholgenusse

bestimmt erscheinen. Wichtig ist, daß der Beruf allgemein als »Ausrede« benutzt wird, wie später noch deutlicher gezeigt werden wird, sowie, daß die gedrückte soziale Lage oftmals die Folge des Alkoholismus darstellt, nicht aber deren Ursache sein muß.

Eine übersichtliche Darstellung über die soziale Schichtung der Alkoholiker gibt auch Dr. *Hugo Lichtenberg* in der Arbeit: Die soziale Bedeutung der Alkoholkranken der Münchner psychiatrischen Klinik im Jahre 1905 (München bei Lehmann). Nach den von ihm angebenen Daten zeigt sich wohl das Überwiegen des Alkoholismus bei den Handwerkern und Taglöhnern, doch lassen sie den Schluß auf eine Verursachung des Alkoholismus durch »schwere« Arbeit nicht zu. In der bunten Reihe des Berufszweiges kehren diejenigen Elemente, welche in Beziehung zum Alkoholhandel und Vertrieb stehen, in höherem Ausmaße wieder, ferner die labilen Berufe, welche einem ständigen Ortswechsel unterliegen und daher dem Gassenausschank mehr ausgeliefert sind. Wesentlich ist auch hier, daß der Alkoholismus als allgemeines Übel aufgefaßt werden muß, das vor keiner Berufsschranke halt macht, zum wirtschaftlichen Verfalle führt und seinerseits das Milieu erst schafft, welches dann wieder als bedingend für den Alkoholismus angesprochen wird.

Es ist wohl anzunehmen, daß die Statistiken, aus denen obige Schlüsse gezogen wurden, einen großen Teil der dem Alkoholismus ergebenen Arbeiterschaft nicht enthalten können, da die Krankenhäuser doch nur einen geringen Prozentsatz der Erkrankten aufnehmen können. Das Fehlen von qualifizierten Schwerarbeitern in diesen Aufstellungen beziehungsweise die geringe Anzahl der als solche zu betrachtenden Professionisten müßte doch die Berechtigung der Begründung des Alkoholismus mit, »durch körperliche Arbeit verursachter physiologischer Notwendigkeit« mehr als fraglich erscheinen lassen. Tatsächlich sind es ja auch psychologische und soziologische Momente in viel höherem Maße als körperliche Ursachen, welche den Alkoholismus der Massen verursachen. Es sei in diesem Zusammenhange auf eine Arbeit der letzten Jahre hingewiesen, in welcher gerade die statistischen Daten von großer psychologischer Bedeutung sind. Es ist dies der Aufsatz von Dr. *T. Schmidt-Kraepelin:* Über die Bedeutung äußerer Anlässe und innerer Ursachen bei der Entstehung des Alkoholismus.

Nach einem Überblick über die soziale Schichtung heißt es (S. 196): »Daß die Zugehörigkeit zu niederen sozialen Schichten mit ihrer erfahrungsgemäß größeren alkoholischen Gefährdung nicht immer als die Ursache, sondern nicht selten auch als die Folge des Alkoholmißbrauches anzusehen ist, geht aus der Häufigkeit hervor, mit der über absteigenden Berufswechsel berichtet wurde.«

Ausführlich besprochen werden nun im folgenden die Trinkerausreden, besonders die beliebte Argumentierung mit der »schweren Arbeit«, welche sich bezeichnenderweise bei den heterogensten Berufen findet.

So machten viele Trinker die »schwere Arbeit« verantwortlich, die das Trinken direkt fordere. Daß als schwer dabei die allerverschiedensten Berufe und Beschäftigungen bezeichnet wurden vom Holzfahren bis zum Hausierhandel, versteht sich von selbst. In merkwürdigem Widerspruche zu dieser beliebten Begründung stand die Tatsache, daß die an den arbeitsfreien Sonntagen vertilgten Biermengen mehr als das Doppelte der Wochentagsmengen betrugen.

Nahezu die erste Stelle unter den Trinkerausreden nahmen die angeblichen Rücksichten auf das »Geschäft«, den »Beruf«, die »Stellung« ein.

Im Vordergrunde aber standen hier natürlich die im Alkoholgewerbe beschäftigten Personen: Gastwirte, Brauer, Kellner, Kouleurdiener, Küfer, Wein- und Likörreisende, die tranken, »wie man eben als Geschäftsmann trinken muß« (von den hier angeführten Maurern war bereits die Rede).

Bezeichnend sind auch die Angaben der Trinker »Wenn man nicht mittrinkt, kann man sich zuerst nicht halten auf dem Bau. Da mag einen keiner. Da heißt es gleich, der gönnt sich nichts, keiner verkehrt mit einem solchen« usw. Es ist notwendig, bereits hier darauf hinzuweisen, daß, wie aus Vorstehendem ersichtlich ist, die schweren Arbeitsbedingungen tatsächlich eine sehr geringe Rolle spielen im Verhältnis zu der psychologischen und sozialen Motivierung. Die schweren Arbeitsbedingungen bilden nicht eine Ursache, sondern ein Scheinmotiv für die Trinker; sie werden nicht so sehr durch die schwere Arbeit gezwungen als sie sich darauf ausreden, sich vor sich selbst damit entschuldigen, sich unter diesem Deckmantel nur zu oft willenlos zwingen lassen, das heißt der Verlockung unter dem Schilde dieser Ausrede zu gerne folgen.

Die besondere physiologische Nötigung, die einzelnen Berufsschichten eigen sein soll, wird nur in sehr beschränktem Umfange tatsächlich gegeben sein und tritt jedenfalls im Vergleich zu jenen Umständen zurück, welche als psychologische und suggestive Faktoren die Angehörigen dieser Berufsstände zum Alkohole führen. Es ist natürlich, daß unter schweren Arbeitsbedingungen die Verlockung, die Verleitung und Reklame einen größeren Einfluß auf die Menschen ausüben könnten als unter solchen Arbeitsumständen, bei welchen die primären Alkoholwirkungen, wie scheinbare Erwägung, scheinbare Stärkung usw. nicht als nötig empfunden würden, in welchen Fällen

die Trunkverleitung auch keine derart suggestive Wirkung hätte. Im ganzen wird die Anschauung von der angeblichen physiologischen Notwendigkeit modifiziert werden müssen und sich nun als eine allgemeine Verursachung durch die Arbeitsbedingungen qualifizieren lassen, unter welche Arbeitsbedingungen aber auch die Begleitumstände wie unmittelbare Gelegenheit zum Alkoholkonsum, direkte Verleitung und bewußte Ausnutzung eines Erschöpfungszustandes sowie etwaiger wirtschaftlicher Abhängigkeit gerechnet werden müssen.

Unter Bezugnahme auf die Veröffentlichung *Otto Mayer*s in den »Mäßigkeitsblättern« weist Asmussen besonders auf den Umstand hin, daß das Warten der arbeitssuchenden Hafenarbeiter in den Gastwirtschaften geradezu eine Pression zum Genuß alkoholischer Getränke darstellt. Die Wirtsstube ist der Arbeitsvermittlungsort, auch für die Kohlen- und Getreidearbeiter. Der Wirt hat irgendein Recht auf die Mitwirkung bei der Auswahl der Arbeiter; daher suchen sich die Arbeitsuchenden bei dem Gastwirte durch Alkoholkonsum, zu dem sie natürlich besonders angeeifert werden, beliebt zu machen. Da der Abschluß eines für den Arbeitnehmer ungünstigen Arbeitsvertrages im alkoholisierten Zustande leichter ist, hat der Wirt eventuell noch seinen Gewinn von der anderen Seite sicher. Hierzu kommt noch, daß die Anzahlung der Löhne in der Schankwirtschaft erfolgt, daher resultiert eine erhöhte Verleitung zu Geldausgaben und zum Trunke. In besonders krassen Fällen ist die Auszahlung des Lohnes dem Schankwirte als Vermittler selbst überlassen und man kann sich ein beiläufiges Bild davon machen, wie sehr diese Wirte ihre wirtschaftliche Macht über die Arbeiter zugunsten eines möglichst großen Konsums alkoholischer Getränke ausgenutzt haben. Wenn daher von der Trunksucht der[7]) Seeleute, Hafenarbeiter, Schlep-

[7]) In diesem Zusammenhange darf auch kurz das sogenannte berufsbedingte Trinken der Schiffsleute und Matrosen gestreift werden. Im vorhinein wird man annehmen dürfen, daß hier die ständige anstrengende Arbeit bei schlechtem Wetter, die Nässe und die Ungeschütztheit vor den Unbilden der Witterung nach Annahme der Betroffenen den Gebrauch alkoholischer Getränke als geradezu notwendig und physiologisch unentbehrlich erfordere. Etwas vorsichtiger wird man sagen können, daß diese Umstände einen größeren Konsum dieser Getränke begünstigen können, nicht aber, daß dieser geradezu als unentbehrlich oder als unumgänglich notwendig angesehen werden kann. Hier darf vor allem festgestellt werden, daß wenigstens auf Groß-Schiffen Betrunkenheit auf hoher See zu den Seltenheiten gehört und auch, da von der Mannschaft vor allem Genauigkeit und Verläßlichkeit verlangt werden muß, mit schweren Strafen belegt wird. Nur in Ausnahmsfällen wird noch an Bord »bei schwerem Wetter« außergewöhnlich Alkohol verabreicht. Dies aber nicht wegen der besonderen Schwierigkeit der Arbeit, sondern aus anderen primitiv psychologischen Gründen, aus den ähnlichen,

per usw. gesprochen wird, muß man sich vor Augen halten, daß diese Leute nicht so sehr durch die tatsächlich schwere Arbeit, als vielmehr durch die sie ständig umgebende Suggestion, Verleitung, Verführung, Pression, weiter durch die im Geschäftsinteresse möglichst stark aufgetragene Standesehre der Trinkfestigkeit, der Trinkrevanche usw. verursacht ist. Über diese psychologischen Momente wird noch unter Punkt zwei unserer Gruppierung ausführlicher zu sprechen sein, aber es muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß sich alle diese Ursachen und Motive verweben. — Die Erscheinung des Alkoholismus als Allgemeingewohnheit unter den genannten Ständen beruht eben nicht allein auf den Voraussetzungen der speziellen Berufstätigkeit, sondern vielmehr darin, daß eine findige Psychologie des Alkoholkapitals sich diese Umstände zunutze macht, sie erst der Masse bewußt macht, ihr die »Notwendigkeit« des Alkoholkonsumes solange einpaukt, bis der ermüdete Körper und der abgestumpfte Geist des Arbeiters mit seiner ganzen Familie und somit auf Generationen zum willenlosen Sklaven des Giftes geworden ist, der dann nicht mehr leben kann und nicht mehr arbeiten, ohne zu trinken, solange, bis das Trinken ihm seine Arbeit, sein Leben und seine Familie zerstört hat. Wenn auch die Fälle, wie sie bei den Hafenarbeitern geschildert wurden, durch die soziale Tätigkeit der letzten Jahre einigermaßen gemildert wurden, so braucht man auch heute nur auf das flache Land zu gehen, um bei Verdingung von Hilfsarbeitern Ähnliches zu sehen. — Es werden dies allerdings, dank der Tätigkeit der gewerkschaftlichen Dienstvermittlungs-Stellen, Ausnahmsfälle sein, doch hängt, wie ja bekannt, das Wohlwollen irgendeines Orts- oder Gemeindefunktionärs, wenn dieser zufällig Wirt, oder sonst Alkoholinteressent ist, oftmals von der Menge des konsumierten Alkoholes ab.

warum noch im Weltkriege den Soldaten vor dem Kampfe Schnaps verabfolgt wurde. Sei es, um durch die euphorisierende Wirkung die Aufmerksamkeit von der drohenden Gefahr abzulenken, sei es, eine momentane Vorstellung einer höheren Leistungsfähigkeit zu erzeugen, sei es, um durch Wegfallen der Hemmungen die »Stimmung«, den »Scheinmut« zu erwecken. Der Arbeit wegen wird von den Seeleuten kaum getrunken. Es geht auch aus dem Umstande hervor, daß die sprichwörtliche Betrunkenheit der Matrosen und Schiffsleute nicht etwa während dieser Arbeit auf der See oder etwa anläßlich dieser Arbeit anzutreffen ist, sondern in den Ruhepausen, in den Hafenstädten und Hafenplätzen, in welchen das Trinken als standesübliches Erholungsmittel und selbstverständliche, das heißt, traditionelle Entspannungsmöglichkeit gebraucht wird. Wieder gilt der Alkohol, wenigstens in Europa, als das natürlich weit bequemste Abreaktionsmittel. Die Berauschung der Schiffsleute in den Häfen hat vor allem Abreaktionscharakter, der großenteils durch die bestehende unvernünftige Tradition, durch die Suggestion der älteren und geachteten Matrosen usw. bewirkt wird.

Nicht die schwere Arbeit, sondern die soziale und wirtschaftliche Abhängigkeit von Interessenten des Alkoholkapitals wird für den hohen Prozentsatz der Alkoholiker in einzelnen Berufsschichten mitverantwortlich sein. Daß die Arbeiterschaft hier ein sehr erhebliches Kontingent stellt, dürfte damit zusammenhängen, daß hier einerseits diese wirtschaftliche Abhängigkeit, dann aber, daß die sonstigen Lebensumstände, die Wohnungsenge, der Wärme- und Nahrungsmangel, die Öde des unfreundlichen Milieus usw., zum Besuche der Kantine und des Wirtshauses am ehesten zu verlocken scheint. Hier kommen eben noch andere psychologische Momente in Betracht, auf welche noch hinzuweisen sein wird. Dies muß man aber in Betracht ziehen, wenn man aus den Statistiken, welche die Arbeiterschaft an erster Stelle unter den Alkoholikern aufzeigen, nicht ungerechtfertigte Schlüsse ziehen will.

Zur Ergänzung der statistischen Betrachtungen sei noch auf die Zusammenstellung hingewiesen, welche im Heft 16/17 der Beiträge zur sozialen Fürsorge, Münster 1931, unter dem Titel »Alkoholismus und Sozialversicherung« erschienen ist. — Sie ist das Ergebnis einer Rundfrage, welche der Autor der genannten Arbeit, Dr. *Konrad Theiss*, an die deutschen Heilstätten, Heil- und Pflegeanstalten und Allgemeinen Krankenhäusern gerichtet hatte. Aufgenommen sind die Daten pro 1928/29 von 21 Trinkerheilstätten, 17 Heil- und Pflegeanstalten und 11 Allgemeinen Krankenanstalten. Bei allen Mängeln der Statistik, die vor allem einen Vergleich mit der Allgemeinheit nicht zulasse, ist die Zusammenstellung doch von soziologischem Interesse. Sie läßt erkennen, daß alle Berufe und alle gesellschaftlichen Schichten unter den Alkoholkranken vertreten sind. Es handelt sich auch bei diesen krassen Fällen von Alkoholismus nicht nur um Angehörige des Proletariats. Der Verfasser wendet sich gegen die These vom »Elendsalkoholismus«, welche hiermit aufs neue wiederlegt sei. Alkoholismus ist nicht nur eine Folge der Verelendung. Der Autor weist ferner darauf hin, daß auch die Ziffern der Heil- und Pflegeanstalten und der allgemeinen Krankenhäuser für die gehobenen Berufe die gleiche Höhe zeigen.

Trotz einer erheblichen Beteiligung der gehobenen Berufe sei ein starkes Übergewicht der gelernten und ungelernten Arbeiter festzustellen. Hier mag sich auch das Absinken der Alkoholiker von einem höheren in einen niederen Beruf geltend machen. Der Autor berührt hier das bekannte Problem der zwangsweisen Wechselwirkung von sozialem Tiefstand und Alkoholismus. Wie eine gedrückte soziale Lage zum Alkoholismus führen kann, bewirkt andererseits der Alkoholkonsum selbst eine Senkung der intellektuellen und moralischen Fähigkeiten und somit

selbstverständlich ein Abgehen vom Wege der normalen Arbeit und der sozialen Position.

Theiss stellt ferner fest, daß fast alle Bevölkerungsschichten ungefähr gleichmäßig am Alkoholismus beteiligt sind, ausgenommen gewisse Berufe, bei denen auch die Statistik eine besondere Gefährdung beweist. Die hohe Beteiligung der sogenannten Alkoholberufe wird auch hier wieder deutlich. Überraschend ist die starke Beteiligung der Lehrer. Verhältnismäßig sehr niedrige Ziffern weisen die Landwirte auf, was zum Teil auf größere Zurückhaltung der ländlichen Behörden gegenüber einer Anstaltsunterbringung zurückgehe.

Es dürfte hier allerdings der Umstand mitspielen, daß auf dem Lande keine derartige Wohnungsnot und Wohnungsenge besteht als in den Städten. —

Theiss hat noch nicht die Auswirkung der Krise und der sich ständig steigernden Arbeitslosigkeit erfaßt, wie wir sie an den Verhältnissen in unserer Heilstätte in Wien im folgenden zeigen wollen. Übrigens hat sich auch in Deutschland mit seinen rund 6000000 Arbeitslosen bis heute das Bild wohl wesentlich geändert. Bei allen Überlegungen, die die uns hier beschäftigende Frage beantworten sollen, ist immer zu berücksichtigen, daß nur ein verschwindender Hundertsatz von Trinkern in Heilstätten oder anderen Anstalten erfaßt werden kann. Bei der Beurteilung der Aufnahmezahlen in derartige Anstalten darf man auch nicht außer acht lassen, daß in Zeiten wirtschaftlicher Not gar nicht selten eine Aufnahme in Versorgungsabsicht versucht wird. Es ist selbstverständlich, daß die Leitung jeder Anstalt derartige Unternehmungen möglichst zu verhindern trachtet. Eine umso deutlichere Sprache führen die Zahlen unserer folgenden Zusammenfassung.

Wir haben am 6. Februar 1933 die Krankheitsgeschichten sämtlicher wegen Trunksucht in die Landes-Heil- und Pflegeanstalt »Am Steinhof« eingelieferten Männer und Frauen darauf hin durchgesehen, ob die Betreffenden bis zu ihrer Einweisung oder kurz davor in Arbeit gestanden waren oder nicht. Damit wollten wir erfahren, ob die Betreffenden trotz regelmäßiger Erwerbsarbeit zu trinken begonnen haben. Wir teilten die Pfleglinge in Altersgruppen zu je fünf Jahren und berücksichtigten bei unserer Aufstellung auch gleichzeitig den Familienstand. Es ergab sich, daß unter insgesamt 810 in der Männer-Heilanstalt in Pflege stehenden Kranken 194 (einschließlich der 66 Pfleglinge in der Trinkerheilstätte) wegen Alkoholismus zur Aufnahme gekommen waren. Es sind dies 23,95%. Die Berechnung getrennt für die Heilstättenpfleglinge und die der allgemeinen psychiatrischen Abteilung ergab für die ersteren eine Arbeitslosigkeit

in 32% der Fälle, für die letzteren eine solche von 57,7%. Dieser große Unterschied ist zweifellos darin gelegen, daß das ausgelesene Material der Trinkerheilstätte von den schädlichen Folgen des Alkoholismus noch nicht so sehr betroffen ist wie die Trinker der allgemeinen psychiatrischen Abteilung. Dies zeigt sich auch darin, daß von den 128 Trinkern dieser Abteilung nicht weniger als 65 mindestens zweimal, und von diesen 44 mindestens dreimal, 31 mindestens viermal und 22 mindestens fünfmal interniert gewesen waren; 20 davon waren dies sogar mindestens sechsmal, 16 mindestens siebenmal und 14 noch öfter; also zweifellos schlechtes Material, bei dem die Trunksucht schon durch Jahre hindurch bestand und in erster Linie als schuldtragend an ihrer Arbeitslosigkeit aufgefaßt werden muß. Bei ihnen ist also sicher nicht diese für ihren Alkoholismus verantwortlich zu machen.

Die Aufteilung nach einzelnen Berufen ergab für 769 ehemalige Pflegelinge der Trinkerheilstätte folgendes Bild:

Festangestellte	291—37,7%
Gelernte Arbeiter	214—27,8%
Ungelernte Arbeiter	130—17,0%
Freie und selbständige Berufe	113—14,7%
Gastgewerbe	21— 2,8%

Im Gegensatz zu der Feststellung von *Theiss* überwiegen unter unseren Pfleglingen die Festangestellten (Bundesbeamte, Bahnangestellte, Postler, Polizeibeamte, städtische Angestellte, Privatbeamte, Offiziere, Lehrer und Mitglieder des Bundesheeres). Die zweitstärkste Gruppe stellen die gelernten Arbeiter dar, unter denen so gut wie alle Berufsarten vertreten sind. Es führen die Metallarbeiter und die ihnen verwandten Berufe (Schlosser, Mechaniker, Metalldrucker, Installateure, Eisengießer Dreher) mit 68 Fällen. — Wesentlich geringer ist die Beteiligung der ungelernten Arbeiter mit 17%. Von diesen 130 sind 98 Hilfsarbeiter, 15 Kutscher, 8 Geschäftsdiener, 3 Landarbeiter, 3 Hauswarte, 1 Leichenträger, 1 Bergarbeiter und 1 Wäscher. — Zu den freien und selbständigen Berufen haben wir die Kaufleute, die Musiker, Handwerksmeister, Landwirte, Vertreter und Chauffeure gerechnet. Das Gastwirtgewerbe ist mit 2,8% am schwächsten deshalb vertreten, da nur unter ganz besonderen Umständen (Berufswechsel) ein Angehöriger des Gastgewerbes in die Heilstätte aufgenommen wird. Die hier angegebene berufliche Zusammensetzung unserer Heilstättenpfleglinge deutet daraufhin, daß sich die intellektuell höher Stehenden zu einer Entziehungskur in der Heilstätte eher entschließen. Erwähnt sei, daß wir nur dann jemand in die Heilstätte aufnehmen, wenn er selbst den Wunsch hat, sich einer Entziehungskur zu unterwerfen.

Wir verlangen ein solches Einverständnis auch in den Fällen, die als sogenannte geschlossene Pfleglinge durch Entscheid der Gerichtskommission angehalten werden, da wir glauben, niemand gegen seinen Willen des Alkohols entwöhnen zu können. Die Wirtschaftskrise zeigt sich mit der bereits erwähnten Arbeitslosigkeit von 32% der derzeitigen Pfleglinge der Trinkerheilstätte. Aus unserer Erfahrung müssen wir aber sagen, daß auch diese Arbeitslosigkeit sehr oft nicht durch die schlechte Wirtschaftslage, sondern erst als Folge der Trunksucht eingetreten ist.

Für die Frage der sozialen Verursachung des Alkoholismus ist es natürlich von ganz besonderer Bedeutung, den Einfluß derartiger wirtschaftlicher Krisenzeiten auf den Alkoholkonsum im allgemeinen und seine Auswirkungen hinsichtlich der verhältnismäßigen Beteiligung der Trinker unter den in Anstalten eingewiesenen Geisteskranken festzustellen. Es müßte sich in dem Falle, daß eine allgemeine soziale und wirtschaftliche Verschlechterung eine Steigerung des Alkoholismus zur Folge hätte, wie dies von einigen Autoren behauptet wird, gerade in den letzten Jahren eine große Zunahme der Aufnahmen wegen Alkoholismus aufzeigen lassen. Unsere diesbezüglichen Nachforschungen an den größten mitteleuropäischen Anstalten, also gerade aus den von der Krise am meisten betroffenen Ländern, lassen eine

Tabelle 2:

Jahr	Deutschland				Österreich				Čechoslovakei			
	Gesamtaufnahmen	Alkoholiker	M	W	Gesamtaufnahmen	Alkoholiker	M	W	Gesamtaufnahmen	Alkoholiker	M	W
1927	15 657	3018	2860	158	7436	1273	1157	116	4401	345	315	30
1928	17 795	3698	3555	143	8065	1583	1443	140	4309	323	297	26
1929	18 969	4058	3885	173	8759	1885	1733	152	4731	424	391	33
1930	18 120	3600	3449	151	8578	1599	1443	156	5085	455	413	42
1931	15 807	2445	2325	120	8765	1352	1195	157	5380	425	387	38
1932	13 707	1323	1211	112	8102	1218	1084	134	5531	443	410	33

Verhältnis in Prozenten der Alkoholismusfälle zu den Geistesgestörten

Jahr	Deutschland			Österreich			Čechoslovakei		
	alle Alkoholiker	M	W	alle Alkoholiker	M	W	alle Alkoholiker	M	W
1927	19.95	30.52	2.51	17.05	28.19	3.48	7.61	13.35	1.46
1928	20.72	32.18	2.11	19.56	32.—	3.93	7.72	12.53	1.85
1929	21.39	31.81	2.42	21.52	34.08	4.13	8.96	15.21	1.52
1930	20.31	31.35	2.12	18.65	30.27	4.13	8.94	14.53	1.87
1931	15.53	25.27	1.81	15.42	26.61	3.67	8.04	13.37	1.59
1932	9.65	16.06	1.81	15.03	26.07	3.39	8.—	13.29	1.34

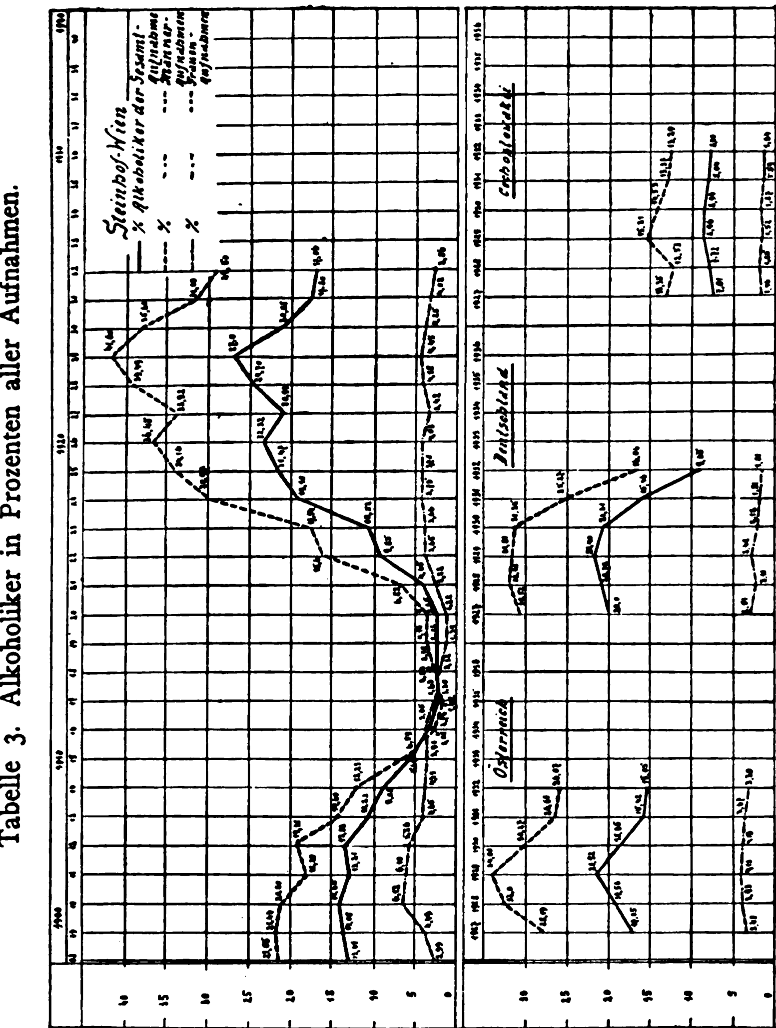


Tabelle 3. Alkoholiker in Prozenten aller Aufnahmen.

derartige Zunahme vermissen. Wir bringen im folgenden die graphische Darstellung des Verhältnisses der Alkoholikeraufnahmen zu den Gesamtaufnahmen für die Heil- und Pflegeanstalt »Am Steinhof« (Wien) und zusammenfassende Kurven für Österreich, Deutschland und die Tschechoslowakei.

Das Studium der Kurven beziehungsweise der beigegebenen Tabellen ergibt: Die obere Hälfte des Diagramms zeigt die Bewegung der Alkoholikerzuwächse in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt »Am Steinhof« seit 1908. Man ersieht aus der Kurve, daß sich die Zuwächse an Trinkerinnen im Verhältnis zu den weiblichen Gesamtaufnahmen, abgesehen von einer stärkeren Senkung während der letzten Kriegs- und der ersten Nachkriegsjahre, in annähernd gleicher Höhe halten. Ganz anders ist das Verhältnis bei den Trinkern. Sie weisen während des Krieges und unmittelbar nachher den überall beobachteten starken Rückgang (Alkoholknappheit) auf, steigen dann bis zum Jahre 1926 größtenteils an, erfahren im Jahre 1927 durch ein verändertes Verhalten der Polizeiärzte bei den Einweisungen eine kleine Senkung und erreichen im Jahre 1929 mit 41,96 von Hundert der männlichen Gesamtzugänge den Gipfel. Von da ab ist wiederum eine ständige und zwar beträchtliche Abnahme zu verzeichnen. Auch im Jahre 1930 waren die Einweisungsbedingungen für Trinker erschwert worden. Diese Erschwerung jedoch wurde nicht fortlaufend verschärft, so daß es unwahrscheinlich ist, daß sie sich in einer ständigen, auch jetzt noch anhaltenden Abnahme der Alkoholikerzugänge äußert. Diese Abnahme ist nicht nur verhältnismäßig, sondern absolut. Während im Jahre 1929 1276 Trinker zur Aufnahme kamen, waren es im Jahre 1932 nur 739.

Daß der beobachtete Rückgang wirklich nicht nur lokalen Verhältnissen entspricht, geht mit Sicherheit daraus hervor, daß die gleichen Beobachtungen so gut wie an den meisten mitteleuropäischen Anstalten gemacht wurden. *Bandel* berichtet 1931 auf Grund einer Umfrage an 104 reichsdeutschen Heil- und Pflegeanstalten über einen Rückgang der Zugänge von alkoholischen Geisteskranken von 1927 bis 1930 und fand dabei einen Rückgang gegenüber 1928 (die Verhältniszahlen für dieses Jahr mit 100 angenommen) auf 92. In einer neueren Abhandlung, die das Material einer Rundfrage bei 133 Anstalten für das Jahr 1930 und 1931 entnimmt, stellte er einen Rückgang der verhältnismäßigen Aufnahmen von Trinkern zu den gesamten Männerzugängen von 15,05% im Jahre 1930 auf 12,02% im Jahre 1931 fest. Unsere eigenen Umfragen bei einer Reihe der größten deutschen und tschechischen Anstalten ergaben das Verhältnis, wie es sich in den Kurven (Tab. 3) wiedergibt. Von den 12 deutschen Anstalten, die unsere Umfrage erfaßte (Berlin-Buch, Berlin-Herzberge, Berlin-Wittenau, Dresden, Arnsdorf (Sa.), Egelfing-Haar bei München, Deggendorf-Mainkofen, Erlangen, Emmendingen Baden, Andernach Rhld., Münster, Friedrichsberg-Hamburg) und die zusammen Gesamtaufnahmszahlen durch-

schnittlich um 16609 im Jahr zeigen, weisen alle einen absoluten und verhältnismäßigen Rückgang der Alkoholikeraufnahmen aus. Auch für das Deutsche Reich sind verschiedentlich Erschwerungen der Alkoholikeraufnahmen in Heil- und Pflegeanstalten eingeführt worden. Nichts destoweniger muß jedoch aus dem anhaltenden Rückgang auf eine wirkliche Abnahme des Alkoholismus geschlossen werden.

Eine Umfrage bei allen österreichischen Anstalten ergab die gleichen Verhältnisse mit einer einzigen Ausnahme für die Hauptstadt von Ober-Österreich, Linz. Hier sind jedoch die Gesamtzahlen der Alkoholiker so klein (25—30), daß daraus nichts geschlossen werden darf. Der Rückgang der Alkoholikeraufnahmen in Österreich ist seit 1929, wo sie den Höhepunkt erreicht hatten, absolut und relativ ein ständiger.

Auch die Kurve, die wir aus den Antworten der tschechischen Anstalten (Prag, Dobřan bei Pilsen, Brünn, Kremsier, Sternberg, Nemecki Brod, Troppau) gewonnen haben, zeigt seit 1929 einen allerdings nur sehr langsamen Abfall. Vier der genannten Anstalten weisen einen Anstieg der Alkoholiker, drei eine Abnahme auf, die in ihrer Gesamtheit, wenn auch nur wenig, überwiegt.

Der geringere Rückgang des Alkoholismus, soweit er sich in den Anstaltsaufnahmen von Alkoholikern äußert, stimmt gut mit der Tatsache überein, daß die tschechoslowakische Republik nicht so stark von der Wirtschaftskrise erfaßt ist wie die anderen mitteleuropäischen Länder, da sie von Import ziemlich unabhängig ist und reiche Bodenschätze (Kohle, Metalle) im eigenen Lande besitzt.

Für das Königreich Jugoslawien (Anstalten Studenec-Ljubljana und Stenjevac-Zagreb) müssen wir uns eines Urteiles über die Häufigkeit des Alkoholismus, geschlossen aus den Anstaltsaufnahmen, enthalten, da die mitgeteilten Zahlen zu einem derartigen Schluß viel zu klein sind. — Die Budapester Heilanstalt wies erst vom Jahre 1931 auf 1932 einen Rückgang ihrer Alkoholikeraufnahmen aus. Dazu wäre zu bemerken, daß die Verhältnisse in dem vorwiegenden Agrarland Ungarn natürlich nicht mit denen in Industrieländern verglichen werden dürfen.

Aber nicht nur im Rückgang der Aufnahmezahlen wegen Alkoholismus in den Heil- und Pflegeanstalten scheint sich eine Verminderung des allgemeinen Alkoholismus zu zeigen. Wir sehen, daß auch die Zahlen der polizeilichen Anstände, bei denen Trunksucht festgestellt wurde, zurückgehen.

Tabelle 4.

Polizeiliche Anstände, bei deren Zustandekommen Trunkenheit festgestellt wurde:

Jahr	Zahl der Anstände	Beanstandete Personen			Rückfälle wiederholt pol. Anstände	
		insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	in % aller alkohol. Anstände
1927	16 898	13 124	12 169	955		
1928	19 443	15 047	14 139	908	4390	22.58
1929	18 318	14 000	13 014	986	4318	23.57
1930	17 550	13 034	12 033	1001	4516	25.73
1931	16 065	11 991	11 068	923	4074	25.36
1932	12 352	9 506	8 834	672	2846	23.04

Aus: Jahrbuch d. Bundes-Polizei-Dir. Wien 1928—32.

Die Tabelle 4 zeigt uns diese Verhältnisse für Wien in einwandfreier Weise. Sie gibt die Zahlen der in Trunkenheit beanstandeten Personen vom Jahre 1927 an wieder. Während in den ersten Jahren die Meldungen derartiger Anstände auf Grund eines Zählkartensystems anstiegen, macht sich seit 1930 ein beträchtlicher Rückgang bemerkbar, der für die Jahre 1929, 1930 und 1931 rund 1000 beträgt, im Jahre 1932 sogar 3700. In diesen Zahlen (erste Säule unserer Tabelle) wird nur die Zahl der Anstände gezählt. Die zweite Säule gibt die Zahl der Personen wieder, die diese Anstände gehabt haben, und da ergibt sich, daß diese Zahl schon seit dem Jahre 1928 pro Jahr rund um 1000 zurückgeht, im Jahre 1932 jedoch um mehr als 2300. Am Rückgang ist hauptsächlich das männliche Geschlecht beteiligt. — Als Rückfälle werden durch die Polizeidirektion Wien jene Fälle geführt, die ein zweites Mal in trunkenem Zustand beanstandet wurden. Es deckt sich somit dieser Begriff »Rückfall« nicht mit dem psychiatrischen, der jeden, der auch nur einmal wieder trinkt, trifft. Wir sehen, daß auch die Rückfälle im letzten Jahre um mehr als 1000 zurückgegangen sind.

Ganz die gleichen Erfahrungen hat man in Norwegen gemacht, wo das statistische Bureau die Häufigkeit der Trunkenheitsvergehen im Jahre 1932 mit früheren Jahren verglich. Die Zahlen, die wir der Pressemitteilung Nr. 5 des »Internationalen Bureaus zur Bekämpfung des Alkoholismus vom 24. III. 1933 entnehmen, zeigen den Gipfelpunkt der Trunkenheitsvergehen im Jahre 1929.

	Städte	Landgemeinden	Gesamtzahlen
1926	31 057	4955	36 012
1927	31 286	4761	36 047
1928	32 595	5139	37 734

	Städte	Landgemeinden	Gesamtzahlen
1929	33 062	5219	38 281
1930	31 991	4815	36 806
1931	27 164	4065	31 229
1932	28 225	4277	32 502

Es bestätigen die hier mitgeteilte Statistik der Wiener Polizei und die Erfahrungen in Norwegen die, welche man in Heil- und Pflegeanstalten gemacht hat.

Es wäre vorschnell, aus den hier mitgeteilten Ergebnissen bindende Schlüsse ziehen zu wollen für den Zusammenhang zwischen der Wirtschaftskrise und dem Alkoholismus. Man muß bedenken, daß die Krise in sehr vielen Fällen die Mittel für eine Alkoholisierung nicht mehr aufbringen läßt. Andererseits wird die gleiche Geldknappheit die freiwilligen Aufnahmen in eine Heilstätte (Selbstzahler) herabdrücken. Nichtsdestoweniger darf mit aller Vorsicht gesagt werden, daß Wirtschaftskrisen wohl imstande sind, in dem einzelnen Fall das Zustandekommen des Alkoholismus zu erleichtern, für die Gesamtheit aber nicht als soziale Ursache einer Steigerung des allgemeinen Alkoholismus angesehen werden können. Dies kommt auch zum Ausdruck in dem Rückgang des Verbrauches alkoholischer Getränke. Im Deutschen Reich zum Beispiel ging der Kopfverbrauch an Bier von 1929/30, in dem er 90 l pro Kopf betrug, auf 56,8 l für 1931/32 zurück. Der Weinverbrauch läßt sich seit der Aufhebung der Weinsteuer im Jahre 1925 nur grob schätzen. Er betrug im Jahre 1925 pro Kopf 4,9 l und wird für 1931/32 auf 5,2 l geschätzt. Der Trinkbranntweinverbrauch zeigt seit 1928/29 einen Rückgang von 1,38 l pro Kopf auf 0,63 l für 1931/32. — Für Österreich ergibt sich folgender Alkoholverbrauch:

	1928	1929	1930	1931
Bier	5 356 515 hl	5 216 346 hl	5 078 443 hl	3 974 964 hl
Wein	982 800 hl	1 043 400 hl	1 086 000 hl	1 371 641 hl
Branntwein	124 651 hl	133 773 hl	118 329 hl	117 252 hl
Kopfverbrauch in reinem Alkohol	6 l	6,13 l	5,80 l	5,5 l

Es entspricht somit dem Höhepunkt der Aufnahmen wegen alkoholischer Geistesstörungen im Jahre 1929 der höchste Kopfverbrauch mit 6,13 l, auf reinen Alkohol berechnet. Zu bemerken ist, daß der Verbrauch an Wein seit 1928 ständig gestiegen ist. Der Kopfverbrauch für dieses Jahr betrug 14,69 l und erreichte im Jahre 1931 20,37 l. Es mag dies mit der Verbilligung des Weines beziehungsweise mit der Verteuerung des Bieres (fiskalische Maßnahmen) zusammenhängen.

Die allgemeine Folge wirtschaftlicher Krisen besteht darin, daß sozial und wirtschaftlich höher gestellte Menschen in tiefere

soziale Schichten herabsinken. Der Alkoholismus ist, wie aus den angeführten Statistiken ersichtlich und übrigens jedem, der sich mit Trinkerfürsorge beschäftigt, bekannt ist, in allen sozialen Schichten der Bevölkerung verbreitet. Wenn nun auch die niederen sozialen Schichten stärker an der Masse der Alkoholiker beteiligt sind als die höheren Berufe, so ist mit dieser Binsenwahrheit eigentlich noch gar nichts gesagt. Es ist weder erwiesen, daß es gerade die untergeordnete Beschäftigung ist, welche den Alkoholismus bewirkt, noch die untergeordnete soziale Stellung als solche, wenn sie nicht eine direkte Abhängigkeit von Alkoholinteressenten beinhaltet. Es ist nur anzunehmen, und zwar auch aus psychologischen Gründen, daß die Angehörigen der niederen sozialen Schichten infolge geringerer Widerstandskraft, geringerer Bildung, infolge der in der Regel bestehenden schlechten Wohnungs- und Nahrungsverhältnisse eher den Verlockungen des Alkoholgenusses zum Opfer fallen, daß sie ihre Müdigkeit, ihr Elend, ihre Trübseligkeit durch die Alkoholberauschung betäuben wollen, daß das Getränk noch das einzige »Vergnügen« ist, das sie sich in ihrer körperlichen Ermüdung und wirtschaftlichen Armseligkeit noch leisten können usw. Dem steht aber dagegen, daß bei den sozial besser gestellten Ständen die größere Genußsucht und materielle Möglichkeit einen höheren Alkoholkonsum zur Folge haben kann, wie die Langeweile und geistige Selbstbeschränkung mancher feudaler Kreise sich trotz glänzender wirtschaftlicher und höchster sozialer Stellung doch wieder in einem gesteigerten Alkoholkonsum ausgewirkt hat. Man wird demnach bei der Begründung des Alkoholismus aus der Wurzel der gedrückten oder tiefen sozialen Stellung noch einigermaßen vorsichtig sein müssen. Hierzu kommt aber ein weiterer Faktor, der vorhin bereits kurz gestreift wurde. Was ist denn eigentlich das Primäre, das Elend, welches den Alkoholismus mit sich bringt, oder der übermäßige Alkoholgenuß, der das Elend in seinem Gefolge hat, welches dann wieder eventuell für die nächste Generation Ursache für gesteigerten Alkoholismus wird? Im Problem der sozialen Wurzeln des Alkoholismus wird dieser selbst zu einer Wurzel des sozialen Problemes.

Unter dem mannigfachen Schrifttum sei auf das Ergebnis einer Rundfrage bei amerikanischen Ärzten und Fürsorgern hingewiesen, bei welcher als Thema das erwähnte Problem gestellt wurde: »Ist die Trunksucht eine gewöhnliche Folge, oder aber eine Hauptursache der Armut?« Ferner wurde die Frage nach der häufigsten Ursache der Entstehung der Trinkgewohnheiten gestellt. Die Beantwortung dieser Frage fiel sehr verschieden aus. Auf der einen Seite überwog noch die Elendstheorie: die Armut mit ihren Begleiterscheinungen namentlich mit ihrer unzu-

länglichen Ernährung führe zum Alkoholismus. Gerade unter solchen Umständen könne sich eigentlich die Trunksucht als eine spezifische Krankheit schneller und intensiver entwickeln. Auf der anderen Seite wurde die Theorie vertreten, daß der Alkoholismus das Primäre sei, und diese Anschauung trat als Tenor bei fast allen Antworten hervor: Daß nicht die Armut die Ursache der Trunksucht sei, sondern umgekehrt der Alkoholüberkonsum die Wurzel der verbreiteten Armut. Es wurde die Ansicht vertreten, daß die meisten Trinker ihre Trinkgewohnheiten zu einer Zeit angenommen haben, in welcher sie ökonomisch besser gestellt waren. Allgemeine Erfahrung sei es, daß der Alkoholgenuß immer zunimmt, wenn die ökonomischen Verhältnisse sich bessern. Aber die Erfahrung lehrt, daß die Trinkgewohnheiten, einmal aufgenommen, nur in den seltensten Fällen unter den darauf folgenden schlechten Zeitverhältnissen wieder abgelegt werden. Die meisten Alkoholiker haben sich ihre Trinkgewohnheiten unter besseren Verhältnissen erworben. Diese Trinkgewohnheiten werden aber nur in den seltensten Fällen mit der sozialen Lage gerade der unteren Stände etwas zu tun haben, denn außer der Überarbeitung und dem Mißgeschick werden vor allem Geselligkeitstrieb, Versuchung, schlechtes Beispiel, Traktieren, Müßiggang und »ererbte Disposition« als Ursachen angeführt, Möglichkeiten, welche allen Ständen gemeinsam sein können.

Man wird allerdings nicht übersehen dürfen, daß die Armut es ist, welche verursacht, daß bereits in der frühen Kindheit von gewissen Schichten die hellen und warmen Stuben der Giftausschänke als wahre Paradiese angesehen werden und sie aufsuchen lehrt. So gibt in dem genannten Rundschreiben *J. M. Brown* geradezu als Ursache des Alkoholismus an: Versuchung, strahlende Beleuchtung, geräumige und wohlerwärmte Zimmer, bequeme Sitze und Tische, daneben allerdings auch Musik, fröhliche Gesellschaft, Spieltische usw. Unter den sonstigen Antworten sollen hier noch einige angeführt werden. Als Ursache des Alkoholismus werden angegeben: zu viel Geld, zu wenig oder gar keine Beschäftigung, unter Handlungsreisenden die verderbliche Praxis, die Kunden zu traktieren, um Ordres zu erhalten, der Mangel an dem, was das Leben angenehm macht, ein unfreundliches Heim, schlechte sanitäre Verhältnisse, neben bestehender Charakterschwäche; außer defekter Gehirn- und Nervenkonstitution verschiedene zusammenwirkende Umstände, als schlechte Ernährung, schlechte oder keine Erziehung, schlechte Umgebung, entartete Zustände, Verbindungen geselligen Charakters mit Trinkern vom 18.—25. Lebensjahr, fehlgeschlagene Geschäfte und anderweitiges Mißgeschick, geistige Überarbeitung.

Keine Stimme unter diesen Beantwortungen des Rundschreibens spricht davon, daß die Arbeit, die schwere Arbeit als solche Ursache des Alkoholismus sei. Dies ist wichtig festzustellen, da bekanntlich in Amerika noch ganz anders gearbeitet wurde, unter viel ungünstigeren sozialen Bedingungen, was Arbeitszeit und hygienische Verhältnisse anbelangt, als in Europa.

Dagegen wird in einigen Zuschriften der schlechte Einfluß im elterlichen Hause hervorgehoben.

Was den Einfluß der Arbeitsdauer auf den Alkoholkonsum anlangt, so wird heute wohl allgemein zugegeben, daß die kürzere Arbeitszeit eine günstige Auswirkung gezeigt habe. Ein erschöpftes Nervensystem kann naturgemäß seine Erholung nur in Dingen suchen, die ihm weitere Arbeit nicht aufbürden; alle sogenannten geistigen Freuden tun dies, und so ist daher vollkommen begreiflich, daß der Erschöpfte zum Alkohol greift, der wenigstens scheinbar ohne weitere Kraftanstrengung ein Gefühl des Behagens hervorruft (*Wlassak*, Alkoholfrage und Sozialpolitik). In dieser Beziehung haben die Arbeiter-Schutzgesetze viel Gutes getan. Der Achtstundentag wirkt sich in manchen Industriebezirken wohltätig aus dadurch, daß die Arbeiter die Möglichkeit bekamen, sich in ihrer freien Zeit tatsächlich, ohne bereits aufs äußerste ermüdet zu sein, sich ihrer Familie oder einer Lieblingsbeschäftigung zu widmen. Diese Selbstbeschäftigung, besonders Gartenarbeit, auch sportliche Betätigung, die Möglichkeit eines kleinen eigenen Wirkungskreises bildet eine sehr gute Abreaktion gegen die Unbill des gedrückten sozialen Standes und macht die Kräfte frei und läßt sie in positivem Sinne wirken, die sonst durch den Alkoholrausch vernichtet worden wären. Besonders der freie Samstag-Nachmittag übte, wenn er richtig angewendet wurde, einen wohltätigen Einfluß auf die Trinksitten aus. Der Arbeiter kann sich nun einmal seinen persönlichen Angelegenheiten widmen, man gibt ihm die Möglichkeit, sich zu bilden, seinen Garten zu bestellen, einen Ausflug zu machen, sich unter den anderen Menschen zu bewegen und sich als ihresgleichen zu fühlen, bewahrt ihn daher vor Zurücksetzung und Minderwertigkeitsgefühlen. »Er hebt ihn moralisch auf ein höheres Niveau und trägt dadurch nachhaltig bei zur Bekämpfung der sozialen Landplage des Alkoholismus« (*R. Lebius*).

Dies gilt natürlich nur solange, als diese Freiheit nicht durch andere Umstände zum Mißbrauche führen kann. So haben die Inflationsjahre, in welchen die Arbeiter über verhältnismäßig größere Beträge verfügen konnten, wieder eine Zunahme des Arbeiter-Alkoholismus gebracht. Es ist auch nachgewiesen worden (Soziale Praxis VIII, S. 587, von *Wlassak* zitiert), daß

in den Jahren, in welchen die allgemeine wirtschaftliche Lage eine bessere war, auch der Bierkonsum deutlich stieg, während in diesem Zeitraum der Fleischkonsum sich nur unbedeutend hob[8]).

Wenn Armut, schwere Arbeit, schlechte Wohnungsverhältnisse und geschmacklose Ernährung usw. Ursachen zum Alkoholismus der unteren Stände bilden, so sind diese Umstände sicher nicht die ausschlaggebenden für den Alkoholismus selbst. »Denn da, wo der Alkoholismus überhaupt Fuß gefaßt hat, sind diejenigen Klassen, bei denen von sozialer Not überhaupt nicht die Rede sein kann, nicht weniger, sondern eher mehr daran beteiligt, als die Arbeiterschaft«. Es ist nach *Grotjahn* die lohnarbeitende Klasse viel weniger daran beteiligt, als die wohlhabenderen (*Wlassak:* Alkoholismus und Sozialpolitik). Diese

---

[8]) Über das Verhältnis von Lohnerhöhung, Lohnzahlung und Trunk gibt *John Burns* für England eine interessante Übersicht (Arbeit u. Trunk, Wien, Suschitzky 1907), »Tausenden von Arbeitern, die, von niedrigen Arbeitslöhnen plötzlich zu ungleich höheren gelangt, weder Widerstandskraft noch Überzeugung besitzen, werden der Übergang von spartanischer Armut zu ungeordneten Genüssen, die Gegensätze, die Gelegenheitsarbeit und schwankende Löhne mit sich bringen, fast zum Verderben. Der unvermittelte Sprung von 10 Shilling in Irland auf 30 oder 40 Shilling für Kohlentragen in einem Seehafen bedeutet für viele Überfluß, nicht an Kleidung oder Wohnung, Nahrung, Ausstattung oder Vergnügen, nein, nur an Trunk. Ihre Bedürfnisse sind gering, ihr Geschmack der einfachste und gerade deshalb ihr Trinken maßlos. Ein Teil von ihnen unterliegt, wenn er durch höheren Lohn in den Bannkreis des Alkohols gerät, aus Mangel an Selbstachtung, nicht aus Armut oder wegen unzureichender Mittel.« — »Einen interessanten Beweis dafür, daß nicht der Mangel an Mitteln es ist, der die Trunksucht verschuldet, bietet die Durchsicht der Polizeistatistik von Liverpool für 1903, die deutlich beweist, daß Trunkenheit und Ruhestörung infolge Trinkens durch den Besitz von Geldmitteln und den Mißbrauch der Zahlungsfähigkeit herbeigeführt werden.

Verhaftungen wegen Trunkenheit:

Samstag	2317
Montag	1303
Dienstag	870
Mittwoch . . .	851
Donnerstag . . .	738
Freitag	766
Sonntag	495

Klar wie nur möglich geht daraus hervor, daß erstens der Besitz von Geld zur Trunksucht verleitet und zweitens, daß, sowie die Mittel schwinden, auch die Trunkenheit abnimmt. Donnerstag der »ärmste« Tag, ist auch der nüchternste Wochentag, Sonntag, der in England die geringste Möglichkeit bietet, sich geistige Getränke zu verschaffen [strengste Sonntagsruhe], der mäßigste Tag überhaupt ...« S. 25f.

Meinung vertritt auch *Hoppe* in seinen »Tatsachen über den Alkoholismus«.

Eine physiologische Notwendigkeit für den Genuß geistiger Getränke im besonderen konnte nicht festgestellt werden, auch der Einfluß der Arbeitsbedingungen der schweren Arbeit als solcher, der Zugehörigkeit zu einem sozial gedrückten Stande konnte wohl den Alkoholismus der Massen von einer Seite her erklären, doch findet sich soviel entgegenstehendes Material, daß man annehmen muß, daß einerseits die Wirkung der wirtschaftlichen Verhältnisse auf die Verbreitung des Alkoholismus nicht einheitlich und nicht klar ist, und daß es andere, wohl auch soziale, aber nicht so sehr im Ökonomischen, als im Psychologischen wurzelnde Motive geben muß, welche den Zusammenhang zwischen Gesellschaft und Alkoholismus in deutlicherer Weise erklären.

Aus den angeführten Untersuchungen und den früheren Ausführungen ist wohl der Schluß gerechtfertigt, »daß man den Alkoholismus unserer Zeit nicht als die physiologische Folge von Not und Elend ansehen darf, sondern daß es hier auf andere Momente ankommt, welche im wesentlichen auf Gewohnheit, Nachahmung, gesellschaftlichen Zwang und vor allem auf einem falschen Werturteile, einer fälschlichen, aber »fest eingenisteten Wertschätzung« des Alkohols beruhen. Hierzu treten noch nicht zu unterschätzende psychologische Faktoren.

Als Grundlage für die falsche Wertschätzung des Alkohols dient der suggerierte und immer wieder genährte Glaube an die Unentbehrlichkeit der alkoholischen Getränke. Dieser Glaube wird von der überwiegenden Zahl der späteren Alkoholiker gleichsam mit der Muttermilch eingesogen, stärkt sich durch die unmittelbare Anschauung der frühen Kindheit und bleibt dadurch fest verhaftet mit den übrigen Kindheitserinnerungen und Wertungen bewußt oder unbewußt bis ins reife Alter.

Es scheint eine geradezu dämonische Macht vom Alkohol auszugehen, die sich überall und immer offenbart, wo Erziehung, Gewohnheit, Nachahmung und falsche Begriffsbildungen die Vorbedingungen im sozialen Milieu geschaffen haben. Diese Voraussetzungen sind scheinbar stärker als das gesunde unbeirrte Gefühl, denn, wie wiederholt hervorgehoben wurde, ist niemals die unmittelbare Geschmackswirkung die erste oder entscheidende Ursache der Trunksucht »Im Gegenteil: die Freude am Geschmack, wenn sie überhaupt je zustande kommt, muß hier wie bei jedem anderen Rauschgift unter Überwindung anfänglichen Widerwillens mühsam erlernt werden« (*W. Riese*, I. Z. 1928, S. 165).

In poetischer Form hat Goethe dargetan, daß der Alkohol

(ähnlich wie in obiger Darstellung *Bunges*) den Menschen bei Freud und Leid begleitet und gewissermaßen als Allheilmittel eingeschätzt wird:

Ich hatte mein freundliches Liebchen gesehn,
Da dacht ich mir: Ergo bibamus,
Und nahte mich traulich; da ließ sie mich stehn,
Ich half mir und dachte: bibamus.

Und wenn sie versöhnet auch herzet und küßt,
Und wenn ihr das Herzen und Küssen vermißt,
So bleibt nur, bis ihr was Besseres wißt,
Beim tröstlichen: Ergo bibamus.

Mich ruft das Geschick von den Freunden hinweg,
Ihr Redlichen: Ergo bibamus!
Ich scheide von hinnen mit leichtem Gepäck,
Drum doppeltes Ergo bibamus...

So gilt denn der Alkohol in freudigen Stunden als Freund der Heiterkeit und Geselligkeit, in traurigen Tagen und Stimmungen als Tröster und Helfer.

Ja, darüber hinaus, und dies ist wohl die Grundvoraussetzung für die allgemeine falsche Wertung des Alkohols: das Trinken, der Alkohol, bildet das Universalentschuldigungsmittel, die Grundausrede der Menschheit. Der Alkohol dient als Abwehrmittel gegen Vorwürfe und schlechte Stimmungen, er dient als Bekräftigung einer unbewußten Konstatierung eines angenehmen Zustandes, er dient als Ersatzmittel, das Arbeit, Anstrengungen, zielbewußtes Handeln ersparen soll. Er dient als Tarnkappe, die bald das Ich und bald die Welt verhüllen soll. Alkohol dient der Lüge des sozialen Scheines, Alkohol dient dem Individuum als Mittel der Selbstbelügung; die ursprüngliche scheinbare oder von den Trinkern angenommene Unschädlichkeit, verbunden mit der erreichten leichten Euphorie bewirkt, daß der Alkohol als Mittel betrachtet wird, um Hindernisse zu überwinden, wo sie im besten Falle nur verschleiert oder umgangen werden. Alkohol dient bei den Pyknikern als Mittel zur Steigerung ihrer Lebensbejahung, bei den Schyzothymen als eine Möglichkeit, auf einem Abseitswege zu einer Scheingeltung zu gelangen. Darin aber scheint das Rätsel des Alkoholismus als Massenerscheinung zu liegen: der Alkohol bewirkt scheinbar eine Steigerung des Ichs und des Ichbewußtseins über den engen Rahmen des empirischen Ichs hinaus, er scheint eine Steigerung der Geltung, der Macht des Lebenswillens zu bewirken. Darum wird er gesucht, unbewußt gesucht, von den starken Lebensbejahenden, die ihre tatsächliche Willenskraft und ihren Macht-

willen erhöht fühlen. Er wird aber auch gesucht, und dies vielleicht in noch stärkerem Maße, von den Schwachen, den Kleinmütigen, den Unterlegenen, den Verneinern und Verneinten, weil er ihnen die Wirklichkeit in einen Nebel hüllt und ihnen einen Funken dessen zu geben scheint, was sie in der realen Welt vermissen müssen: Geltung vor sich selbst und den Schein einer Gemeinsamkeit. Die Pykniker sind diejenigen, bei welchen sich der Einfluß der Trinksitten und der geschichtlichen Überlieferung am deutlichsten und stärksten zeigen mag; für die anderen, die Verneiner, die Schwachen, Nervösen und Haltlosen gelten andere psychologische und soziale Gesetze.

Klatt weist darauf hin, daß *Nietzsche* zuerst gezeigt habe, inwiefern der Rausch den Machttraum des Schwachen beinhaltet, daß der künstliche Rausch das Mittel bedeutet, durch welches der dekadente Mensch den wahren Tatenrausch und Machtrausch des Starken zu erleben, bzw. nachzuahmen trachte. »Im Alltag oft genug den störenden, abbröckelnden Einflüssen aller Kleinlichkeiten des täglichen Lebens untertan, ist er jetzt Herr der Dinge, in die er kraft eines gesteigerten Erlebens neue Einblicke erhält.« Der echte Rausch stammt aus der Fülle der hochgespannten Seele, er ist eine Äußerung der Überfülle an Kraft«; *Nietzsche* XVI. (800) zit. bei *Klatt*.

Die Tatsache, daß im echten Rausche die seelischen Kräfte vermehrt werden, daß die Persönlichkeit eine Steigerung erlebt, läßt es begreiflich erscheinen, daß ein künstlicher Rausch dort herbeigeführt werden soll, wo der natürliche mangels entsprechender seelischer Voraussetzungen nicht erreichbar ist. Der Wirkungen des Rausches will man teilhaftig werden, auch dann, wenn die Persönlichkeit selbst aus sich heraus nicht steigerungsfähig ist, ja gerade dann wird die Sehnsucht nach einer solchen Steigerung am mächtigsten sein.

Die durch die lähmende Wirkung des Alkohols erzeugte Euphorie ist nur die Vorstufe und das Mittel zur Steigerung des Machtgefühles, und dieses Machtgefühl, die Steigerung der Ichgeltung, ist das eigentlich Wesentliche und der eigentliche Zweck des künstlichen Rausches, also insbesondere des Alkoholrausches.

Das Geltungsgefühl und Machtgefühl ist aber Ausdruck eines gesteigerten Gefühls- und Trieblebens; der Rausch lähmt vor allem die intellektuellen Zentren und so verhilft er dem Triebmäßigen zum Durchbruch.

Berücksichtigt man diese Tatsachen, so ergeben sich mit ziemlicher Klarheit eine Reihe von wertvollen sozialpsychologischen Wurzeln für die Erscheinung des Massen-Alkoholismus. Nehmen wir als Voraussetzung, daß allen Menschen ein wohl stark differenzierter, aber sich auf jeden Fall bemerkbar ma-

chender Geltungstrieb eigen ist, und nehmen wir ferner an, daß dieser Geltungstrieb, wenn er bedroht oder unterdrückt wird, nach anderen Formen sucht, in welchen er sich durchsetzen kann, so ist in diesen Umständen die Erklärung dafür gegeben, warum der Alkoholismus bei sozial gedrückten Ständen oder Individuen verbreiteter sein könnte als bei sozial besser gestellten Ständen. Die Unmöglichkeit, nach außen hin zur Geltung zu gelangen, die ständige Unterdrückung des Ichbewußtseins, der stete Zwang, die Unfreiheit und Beschränktheit der Lebensführung rufen dort, wo die Mittel zu einer Änderung oder zu einer anderen Abreaktion fehlen, besonders, wo die Berufsarbeit ermüdend ist und ungern getan wird, einen immer stärker werdenden Trieb nach Durchbrechung der beengenden Schranken des gedrückten Daseins, nach Sprengung der Bande der Unfreiheit und der sozialen Enge, nach Steigerung des in der Wirklichkeit zur Ohnmacht verurteilten »Ichs« hervor. In dieser Situation kann der Mensch, wird der Mensch gewöhnlich zum Alkohol greifen, um in der Alkohol-Euphorie und dem hierdurch erzeugten erhöhten Geltungsbewußtsein und Machtgefühle Vergessen zu suchen oder eine Kompensation in einem Scheindasein zu finden. Nun fragt es sich, warum in diesem Falle der Alkohol das verbreiteste Mittel ist[9]), warum fast durchwegs

[9]) Das Problematische an dieser gesellschaftlichen Tatsache scheint nun darin zu bestehen, daß gerade der Alkohol das verbreiteste Rauschgift in Europa ist, so daß gefragt werden muß, durch welche sozialen Umstände es gefördert werden mag, beziehungsweise welche Voraussetzungen es bewirken, daß bei uns gerade die »Trunksucht« derartige Dimensionen annehmen konnte, während andere Formen der Rauschsucht und ihrer Befriedigung verhältnismäßig zurückstehen. Es muß nun zunächst darauf hingewiesen werden, daß in unseren Ländern kein Rauschmittel derart leicht, billig, mühelos und gefahrlos zu erhalten ist als die geistigen Getränke. Ja noch mehr, während andere Rauschgifte verboten sind (zum größten Teile wenigstens in Europa) und oftmals nur mit Gefährdung der persönlichen Freiheit unter großen Kosten ihre Erlangung möglich ist (während die Versetzung in einen der sogenannten »natürlichen« Rauschzustände individuelle Qualitäten zur Voraussetzung hat und besondere Willenskonzentration erfordert), ist der Alkohol ein Rauschgift, das den Bewohnern unserer Länder geradezu auf Schritt und Tritt nachläuft. Einerseits infolge des bodenständigen Weinbaues, andererseits aber, und dies in noch viel höherem Maße, infolge des Umstandes, daß sich die Großindustrie der Erzeugung und Verbreitung alkoholischer Getränke bemächtigt hat (welche wohl auch die kompliziertere Erzeugung anderer Rauschgifte mit Erfolg fernzuhalten in der Lage ist), steht das Individuum einer ungeheuren Überproduktion und dementsprechenden Reklame fast hilflos gegenüber. In allen Straßen, Plätzen, Gassen und Wegen der Großstadt gibt es Gasthäuser, Restaurants, Wein- und Bierhallen, Schenken, Bars und Spelunken, Nobelbetriebe und Elendsherbergen, »bürgerliche« und proletarische Gaststätten,

diese Art der Kompensation ergriffen wird. Dies scheint nun wieder darin zu liegen, daß der Alkohol dank der Überproduktion als das Nächstliegende vorhanden ist, und, daß das Trinken als das »bequemste« Kompensationsmittel angesehen wird.

Möglich wären ja ganz andere Arten der Reaktion auf die geschilderten Verhältnisse. »Begreiflich in diesem Sinne ist auch jeder Akt brutalster Rache, Revolution, doch sind diese Arten des Wegschaffens des Unbehagens heute nicht mehr die gewöhnlichen. Das aber nur deswegen, weil dieser Art des Wegschaffens des Unbehagens andere gegenüberstehen, die nach allen unseren Anschauungen höher gewertet werden. Für den Alkoholgenuß trifft das nicht zu. Hier gilt bisnun in unseren Anschauungen keine Hemmung.« (*Wlassak*, Alkoholfrage u. Sozialpolitik.)

---

welche alle hauptsächlich vom Ausschank geistiger Getränke wirtschaftlich leben wollen; an jeder Straßenecke ladet ein Schild zum Genusse des Alkoholes ein, an unzähligen Plakatsäulen werden die »Marken« und Schankstätten angepriesen. Bei allen Kaufleuten, Krämern, Großisten und Greislern sind alkoholische Getränke im freien Verkaufe, nach freiem Belieben erhältlich; in jedem »Kaffee«, diesem Symbol städtischer »Kultur«, ist Wein, Bier, Likör, Schnaps usw. erhältlich; überall wird Alkohol ausgeschenkt, angeboten, angepriesen, gelobt, dargereicht, nachgetragen und aufgedrängt. Wenn nun ein Mensch, der vor seinen Sorgen, vor Unannehmlichkeiten, vor seinem Minderwertigkeitsgefühle, vielleicht manchmal nur aus Leere und Langeweile sich irgendwie in eine andere Welt zu flüchten bemüßigt zu sein glaubt oder zu einer Abkehr in eine Scheinwelt gedrängt ist, irgendeine Abreaktion, vielleicht nur unbewußt sucht, auch wenn er nicht gerade nach einem Betäubungs- oder Rauschmittel Ausschau hält, was kann unter solchen Umständen näher liegend sein, als daß nach demjenigen Mittel gegriffen wird, welches so ungemein leicht erhältlich ist, dessen Erlangung sogar keine Mühe kostet, das einem aufgedrängt wird und dessen man sich im gewöhnlichen Leben sogar nur mit einiger Mühe erwehren kann. Da es sich bei obgenannten Menschen doch meist um willensschwache Individuen handelt, so darf man wohl annehmen, daß die aus sozialhygienischen Gründen so bedauerliche Tatsache des allgemeinen schrankenlosen und wahllosen Ausschankes alkoholischer Getränke eine der wichtigsten sozialen Ursachen bildet, weshalb die überwiegende Mehrzahl dieser Menschen in unseren Ländern zu Trinkern werden, beziehungsweise im Hinblick auf die Kosten, Unannehmlichkeiten und Fährnisse andersartiger Rauschgiftbeschaffung verstärkt durch die psychischen »Ablösungsschwierigkeiten« »Trinker« bleiben. Hierzu kommt noch die gesellschaftliche »Wertung« des Trinkers (über welche noch ausführlicher gehandelt werden wird), solange dieser der Allgemeinheit nicht zur Last fällt, während anders orientierte Rauschsüchtige, wenigstens in vielen Gebieten noch als suspekt erscheinen (man könnte zusammenfassend das Paradoxon aufstellen: die stärkste Wurzel des Alkoholismus in sozialer Beziehung ist der Alkoholismus selbst, das heißt seine ungeheure Verbreitung und Schätzung der alkoholischen Getränke in den weitesten Kreisen).

Der Alkohol ist nicht nur das nächste Mittel, er ist auch das bequemste Mittel, weil er einen mühelos errungenen Zustand an Stelle der Tat setzt. Darin liegen aber auch, abgesehen von den gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schäden, die verderblichen sozialen Folgen des Gewohnheitstrinkens, das sich in die Passivität, in die Rauschwelt flüchtet, statt daß durch Tätigkeit eine Änderung der Lage herbeizuführen gesucht wird. Die mit dem zunehmenden Alkoholkonsum sich steigernde Willensschwäche trägt dann erst recht dazu bei, diese Art Menschen in ihrer gedrückten Situation noch mehr zu drücken, sie leistungsunfähiger zu machen und schließlich ihnen auch das Recht auf eine Besserstellung zu benehmen. Sie wollen ihrer anscheinenden Minderwertigkeit durch den Trunk entgehen und werden durch ihn tatsächlich minderwertig. — »Die Abstinenten unter den Arbeitern sind die Anspruchvollsten, diejenigen, welche in bezug auf Lohn, auf Hygiene der Arbeitsräume am schwersten zu befriedigen sind. Wer auf die auch durch die mäßigsten Alkoholdosen eintretende leichte Betäubung verzichtet, der weiß, wo ihn der Schuh drückt. — Aber, wieviel Kräfte bleiben brach, weil der leichtere oder schwerere Dusel die Leute nicht dazu kommen läßt, ihre eigene Lage zu erkennen, weil Tausende und Tausende jeden Abend die »soziale Frage« für sich selbst durch ein paar Krügel Bier lösen!« (*Wlassak*).

Die Tatsache, daß der Alkoholkonsum zu einer scheinbaren Wegschaffung der Unannehmlichkeiten führt, daß der Geltungs- und Machttrieb beziehungsweise das Ichbewußtsein eine spontane Steigerung erfährt, bildet die Erklärung dafür, warum so viele Menschen, welche einmal eine sozial gehobene Stellung eingenommen haben und durch irgendwelche Umstände aus ihr

Während andere Toxine nur mit Mühe, Gefahr und unvergleichlich größeren Kosten herbeigeschafft werden müssen, was für die Entwöhnung einen großen Vorteil bedeutet, muß der Versuch des Alkoholsüchtigen, sich seiner krankhaften Gewohnheit zu entledigen (wenn hier von der möglichen speziellen Veranlagung der Alkoholsüchtigkeit auch abgesehen wird), solange er in seinem Milieu verbleibt, schon dadurch mit fast unüberwindlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, und ist ein solcher Versuch innerhalb des gewohnten Milieus oftmals von vornherein zum Scheitern verurteilt, daß dem »Trinker« für die Befriedigung seiner Sucht von allen Seiten und allerorten das Rauschmaterial ohne sein Zutun bereit gestellt und ihm sogar aufgedrängt und nachgetragen wird. (Auf dem Lande sind wohl die Alkoholschankstätten nicht so zahlreich wie in der Stadt, dafür sorgt neben der weitverbreiteten Hausbrennerei und den Eigenvorräten ein schwunghafter Handel dafür, daß die Landbevölkerung in alkoholischer Beziehung nicht »schlechter« gestellt sei als die Städter. Hierzu kommt aber noch die gesteigerte soziale Bedeutung des Dorfwirtshauses, über welche noch gesprochen werden wird.)

verdrängt worden sind, zu Trinkern werden, wenn ihre Versuche, sich wieder hinaufzuarbeiten, fehlgeschlagen haben. Das Gemüt, welches, wenn nicht starke religiöse oder philosophische Prinzipien aktiv wirksam sind, die erlittene capitis diminutio nicht verträgt, wendet sich nach einer Kompensation, nach einem Ersatze für die verlorengegangene Macht, Ehre oder soziale Stellung. Überall gibt es aber neue Hemmungen zu überwinden, überall türmen sich neue Schwierigkeiten, die der einmal Entmutigte nicht mehr sich zu überwinden unterfängt; da lockt der Wein, die verkappte Fröhlichkeit des Trunkes, die Vergessenheit im Rausche. Bilder aus der verflossenen Zeit steigen wieder auf; man erlebt im Rausche nochmals seine frühere Herrlichkeit, ja man steigert sie. Man schwelgt im eingebildeten Machtgefühl, die Selbstachtung steigt für kurze Stunden, doch das Erwachen in Kümmernis und Selbstverachtung ruft wieder zur Flasche. Hier liegt wirklich eine sozial-psychologische Wurzel für den erworbenen Alkoholismus. In die gleiche Gruppe fallen die Menschen, welche ursprünglich vielleicht sogar abstinent, durch irgendeinen schmerzlichen Verlust, durch versiegte Sexualfähigkeit, durch böse Familienverhältnisse, wenn diese objektiv tatsächlich vorhanden gewesen, zu Trinkern werden. Menschen, welche ihrerseits eine Kompensation für dasjenige finden wollen, was sie bis nun geschätzt und das sie verloren. — Hierher gehört die früher oft beobachtete Trunksucht von vorzeitig pensionierten Offizieren und höheren Funktionären, welche aus ihrer Bahn geworfen wurden, hierher auch die »erworbene Trunksucht« bei Männern, deren Frauen sich im Wechsel befinden, zu altern beginnen oder gestorben sind. Es werden sich in diesen Situationen die Menschen nach ihrer Charakteranlage allerdings verschieden benehmen. Tritt in das Leben eines Pyknikers ein unvorhergesehenes Ereignis, dem er fassungslos gegenübersteht, so daß er aus seiner sonst gleichmäßigen Bahn geworfen wird, so kann es sein, daß er Ersatz für verlorene Lebensgüter im Alkohol sucht, aber nicht als eine Abkehr vom wirklichen Leben, sondern als Ausdruck seiner Lebensbejahung, die sich umgestellt hat, die auf ein anderes Geleise gekommen ist. Anders wird sich hier der Schizothyme verhalten, bei dem die Flucht zum Alkohol gleichbedeutend mit der Abkehr vom wirklichen Sein ist. Hier soll der Trunk »als Helfer die Vereinsamung und Vereinzelung durchbrechen, auch in jenen Fällen, in welchen der Süchtige sich ihm zurückgezogen und still hingibt« (*Riese*). Es scheint erwiesen zu sein, »daß im Gifte Ersatz für fehlende Lebensgüter, vor allem für vermißte Lebens-, Freundschafts- und Liebesgemeinschaft gesucht wird, sei es, daß eine unglückliche Bildung der Seele den Weg zur natürlichen Gemeinschaft erschwert oder verschließt, sei es, daß die äußere

Not der Lebensumstände der Erreichung dieses menschlichsten aller menschlichen Ziele: der Gemeinschaft mit anderen nicht günstig ist« (*Riese*).

Riese hebt auch in dieser Abhandlung hervor, »daß die letzte seelische Wurzel für die Aufnahme des Giftes die Vereinsamung ist, in welche der Kulturmensch in die von ihm geschaffenen Normen und Ordnungen gelangt ist, und welche er in einer vom Rauschgift vermittelten bestimmten seelischen Atmosphäre zu durchbrechen sucht«. Auch hier also die Anschauung von einer Kompensation für die verlorene Beziehung zu einer aktiven Wirklichkeit in der Welt des Rausches, wie sie auch vornehmlich durch die Lehren der Individualpsychologie vertreten wird.

Es ist allerdings notwendig, daran festzuhalten, daß es sich hierbei nicht nur um individual-psychologische Probleme handelt, sondern daß diese Problematik tief in das soziologische Gebiet hineinführt.

Eine Parallele zu dem Schicksal der sozial gedrückten Stände, beziehungsweise der unter solchen Verhältnissen lebenden Erwachsenen, bietet das Problem der seelischen Situation der Jugend, welche durch mannigfache Hemmungen familiär und gesellschaftlich in ihrer freien Entfaltung gehindert, leider nur zu oft, auch heute noch die Kompensation für versagte Wünsche im frühzeitigen Alkoholrausche sucht. — In den Schriften von *Alfred Adler*, *Wexberg* und anderen wird dargestellt, wie die sich bei der Jugend bildenden Minderwertigkeitskomplexe, welche im Bewußtsein der Unterlegenheit gegenüber den Erwachsenen gegründet sind, dadurch am leichtesten abreagiert werden könnten, daß die Erwachsenen in jenen Dingen kopiert werden, deren Erreichung keine Mühe macht. So bietet sich dem jungen Menschen der Alkoholkonsum als willkommene Gelegenheit dar, auf mühelose Weise seine Männlichkeit zu erweisen. Die Tätigkeit des Trinkens, welche bei Erwachsenen so oft beobachtet worden ist, wird zum Symbol des Erwachsenen selbst. Die Tatsache des »ins Wirtshausgehens« wird zur Werterhöhung umgedeutet und die entstehende Euphorie erfüllt nunmehr im jugendlichen Geiste die Kompensation für die anderweitige Zurücksetzung. — Hierbei ist es natürlich keineswegs der Wein als solcher, im Gegenteile, der Geschmackssinn muß oft erst überwunden werden. Es ist die Geste des Trinkens selbst, das Gleichtun mit den Erwachsenen, das »Sichbedienenlassen«, die Herrengeste und die Vorstellung, daß man durch das Vertragen des Alkohols eine Leistung erbringe. Jack London sagt im König Alkohol:

> »Ich dachte etwa so: es ist eine Eigentümlichkeit dieser Leute, daß sie diesen schlecht schmeckenden Wein mögen. Schön, laß sie, über den Geschmack läßt sich nicht streiten.

Meine Männlichkeit erfordert indessen ihrer merkwürdigen Ansicht gemäß, daß ich auch so tue....«

Diese falsche Wertung des Alkoholtrinkens — gleich Männlichkeit ist es nun, was Anlaß gibt, daß die jugendlichen Individuen, die es ja in anderen Gebieten den Erwachsenen doch noch nicht gleichtun können, weder einen Beruf ausüben, noch in der Politik mitsprechen, noch zur Wirtschaft entsprechend beitragen usw., in denjenigen Dingen sich hervorzutun suchen, welche ihnen, wenn auch auf dem Wege der Heimlichkeit, doch irgendwie erreichbar sind. Hierher gehört, neben dem Tabakrauchen, bei welchem ja auch Ekel und Übligkeit überwunden werden muß, eben vor allem der Alkoholgenuß. Hier ist das leichteste Kompensationsgebiet und die Wertung der Masse, welche tatsächlich in der möglichst großen Aufnahme geistiger Getränke einen Maßstab für die Wertung des Einzelnen sieht, leistet diesen Fehlurteilen der Jugendlichen reichlich Vorschub. Dies führt aber bereits hinüber zur Sozialpsychologie der Trinksitten.

Bevor von diesen selbst, welche natürlich jede Form des Alkoholismus beeinflussen, gesprochen werden kann, ist es noch notwendig, im Zusammenhang mit den früheren Ausführungen darauf hinzuweisen, daß gerade die heutige Zeit mit ihrer materiellen Notlage und wirtschaftlichen Unsicherheit[10]) sowie den ständigen sozialen Verschiebungen leider sehr dazu prädestiniert erscheint, gerade dem Alkoholismus der Jugend Vorschub zu leisten. Durch die bestehenden und sich immer mehr steigernden wirtschaftlichen Schwierigkeiten ist das ohnedies gehemmte Geltungsbewußtsein des jungen Menschen zumal der unteren sozialen Schichten, völlig zu Boden gedrückt.

Es ist nun leider nur zu verständlich, daß diese sozialen Übelstände mehr als sonst den jugendlichen Menschen, der diesen Dingen noch hilfloser gegenübersteht als der Erwachsene, zu irgendeiner Kompensation drängen. Leider findet er überall die Möglichkeit der Alkoholisierung, die ihm aus den früher erwähnten Gründen als der einfachste und bequemste Weg aus diesem Drangsal zu einer Scheingeltung dünkt. Und hier setzt nun auch die Macht der Trinksitte ein, welche Arm und Reich gleichermaßen beherrscht (siehe Anmerkung S. 34). — Die Trinksitten sind jene soziale Erscheinungsform, welche mehr als irgendeine andere Ursache zur Verbreitung des Alkoholismus beiträgt. Wenn man gewissen Berufen und Beschäftigungen Einfluß auf die Entstehung des gewohnheitsmäßigen Trinkens einräumen muß und anderseits die vorhin erwähnten psychologischen Momente noch in höherem Maße gewertet werden müssen, darf niemals der Um-

[10]) Über den Einfluß der wirtschaftlichen Krise im allgemeinen siehe oben (Seite 44ff.).

stand außer acht gelassen werden, daß diese Voraussetzungen allein nicht ausreichende Gründe sind, und, daß sie bei weitem nicht jene Wirkung zeitigen würden, wenn jene Massensuggestion, welche wir »Trinksitte« nennen, nicht überall bereits den Boden vorbereiten würde, wenn Beispiel, Verleitung, falsche Wertungen, falsches Ehrgefühl, irreführende Tradition, ständische Vorurteile usw. nicht bereits eine soziale Disposition schaffen würden, welcher der einzelne um so eher verfallen ist, je inniger einerseits sein Kontakt mit der ihn umgebenden Gesellschaft ist und je mehr anderseits individuelle Lebensgestaltung, Schicksalsschläge und Charakterschwäche dazu angetan sind, jener sozialen Voraussetzung gegenüber mehr oder weniger wehrlos zu sein. Diese Wehrlosigkeit wird um so größer sein, desto stärker der einzelne Mensch in familiärer, gesellschaftlicher oder beruflich abhängiger Verflechtung mit der ihn unmittelbar umgebenden Umwelt sich befindet; ferner aber je geringer die individuelle Urteilsfähigkeit ist und schließlich je früher das Individuum mit den Trinksitten und ihren Repräsentanten in Berührung gekommen ist. Das Wesentliche der Trinksitten besteht darin, daß nicht etwa irgendwelche physiologisch nötigende Voraussetzungen vorhanden sind, die gerade zum Alkoholgenuß verleiten, auch daß keine Nötigung seitens der Geschmacksnerven vorliegt. Auch irgendwelche individuelle psychologische Motive müssen nicht vorhanden sein. Im allgemeinen trinken die meisten Menschen nicht, um irgend etwas Störendes im Alkohol zu ertränken, sondern sie tun es, weil es die anderen auch tun, weil sie sich irgendwie verpflichtet fühlen, den andern gegenüber, sei es Familienmitgliedern, Kameraden, Vorgesetzten, Untergebenen, Bekannten oder Fremden in keiner Weise im Konsume der Alcoholica nachzustehen. Diese Verpflichtung wird um so stärker empfunden, da ja tatsächlich in gewissen Kreisen bis zum heutigen Tage noch die zu ihnen gehörigen Mitmenschen mit sanfterer oder stärkerer Gewalt zum Trunke genötigt, gedrängt oder sogar gezwungen werden. Dieser Zwang, sei er nun objektiv durch soziale Abhängigkeit von den in Betracht kommenden Faktoren gegeben, sei er nur subjektiv in der Einbildung oder Überzeugung der sich dem Trunke neu ergebenden vorhanden, bildet das integrierende Merkmal der Trinksitte, und in dieser Zwangsvorstellung liegt ihre sozial-psychologische Bedeutung. Wenn man eine Analyse dieser zur Massensuggestion gewordenen Zwangsvorstellung vornehmen wollte, würde sich ergeben, daß sich in ihr zumindestens drei ursprünglich verschiedene Vorstellungsinhalte miteinander verweben. Der eine ist gegeben durch seine Zurückführung auf historische Wurzeln[11]). Da sich, wie die

[11]) Es muß hier darauf verwiesen werden, daß diese dritte soziale Wurzel des Alkoholismus, die nationale und ständische Trinksitte selbst

Sittengeschichte zeigt, einzelne Völker in ihrer Urzeit durch besonders stark entwickelten Gemeintrunk von anderen unterschieden, wird die Zugehörigkeit zu diesem Volke als eine Nötigung aufgefaßt, durch Pflege der überlieferten nationalen Trinksitte sich auszuzeichnen. Zu der rein historisch orientierten Trinksitte gehört auch die Tatsache, daß der Adel und Offiziersstand noch bis zur Jahrhundertwende sich als ganz besonderer befugter Hüter der Trinksitte angesehen hat. Dies dürfte wohl, insoferne nicht auch Degenerationserscheinungen mitspielen, zum großen Teil auf die historisch erwiesenen Trinkwettkämpfe und Feste der fränkischen und

---

wieder zum großen Teil nicht originär ist, sondern vielfach auf eine noch ältere und bedeutungsvollere Form »gesellschaftlich« bestimmter Verwendung von berauschenden Getränken zurückgeht, auf den Gebrauch der Rauschtränke zu religiös-kultischen Zwecken. Diese Verwendung, und zwar durch heilige Satzungen bestimmte Verwendung von berauschenden beziehungsweise alkoholischen Getränken zum Opfer, zur religiösen Zeremonie, zum Kultus überhaupt ist vielfach als Vorläufer und Wegbahner von späteren nationalen und ständischen Trinksitten anzusehen, bei welchen meist die ursprüngliche Bedeutung in Vergessenheit geraten ist und bei welchen gewissermaßen als ererbter aber unbewußter Niederschlag die Tatsache des gemeinsamen Trinkens als etwas besonders Feierliches und Bedeutsames empfunden wurde. Der Gebrauch des Rauschtrankes zu religiösen Zwecken findet sich bei den meisten primitiven Kulten wie auch in vielen Kulturreligionen (siehe *Horneffer:* Der Priester, *Klatt:* Psychologie des Alkoholismus, u. a.). Die kultische Verwendung des Rauschgiftes erklärt sich einerseits durch die äußere Ähnlichkeit der alkoholischen Euphorie mit dem Zustande der primitiven religiösen Ekstase, anderseits aus dem Umstande, daß die durch andere Mittel (rhythmische Tänze usw.) erzeugte Ekstase durch das toxische Rauschmittel gesteigert oder gar ersetzt werden konnte. Schließlich aber und nicht zuletzt aus der Tatsache, daß das Rauschgift selbst als Träger einer überirdischen Macht angesehen wurde, da der Zustand, in welchen es versetzte, als Besessenheit oder Erfülltheit durch etwas Übermenschliches, Göttliches angesehen wurde. So wird der Zustand der Berauschung gewissermaßen zu etwas »Heiligem«, die Verwendung des Rauschtrankes zu einer »heiligen Handlung«. Bei fast allen Kulturen, welche das Opfer des Rauschtrankes kannten, entwickelt sich die Vorstellung, daß durch die Darbringung oder den zeremoniellen Genuß des Trankopfers in symbolischer Weise die Verbindung des Menschen mit einer höheren Macht, mit der Gottheit bewirkt werden könne oder, daß sich im Opfertrank eine Inkarnation der Gottheit vollziehe (Soma, Mysterien, Mithraskult u. a.). Über den eigentlich religiösen Gebrauch hinaus haben aber die einzelnen Religionen, beziehungsweise deren Gesetzgeber und Priester, auch großenteils auf den nicht kultischen Gebrauch berauschender Getränke Einfluß genommen, indem sie aus divergenten Ursachen die anderweitige Verwendung, den festlichen oder privaten Gebrauch von Rauschgetränken mit Geboten und Verboten belegten, welche in Anbetracht der von den religiösen Faktoren ausgehenden Macht von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des kulturellen und gesellschaftlichen Lebens innerhalb der

deutschen Königs- und Fürstenhöfe sich zurückführen lassen (siehe *Schultze, Petersen*). Hier scheint das psychologische »movens« dies gewesen zu sein, daß die Zugehörigkeit zu einer bevorrechteten Kaste durch ein Merkmal dokumentiert werden solle, welches seit jeher den herrschenden Ständen eigentümlich gewesen war. Wird doch bekanntlich die besondere Trunkfestigkeit der mittelalterlichen Herrscher gerühmt und galt es doch an allen Höfen als Schande, sich unter den Tisch trinken zu lassen.

Hierher dürfte auch ein wesentlicher Teil der historisch verankerten studentischen Trinksitte gehören; doch spielt hier, wie auch bei der früher erwähnten Art ein anderer Umstand noch mit, welcher unmittelbar auf die zweite sozial-psychologische Wurzel der Trinksitte hinweist, auf das »Leistungs- und Geltungsprinzip«, wie es vielleicht genannt werden könnte.

Das Haupturteil in Trinkerkreisen, beziehungsweise das grundlegende Fehlurteil, besteht darin, daß nur derjenige Anspruch auf Geltung, Achtung und Gleichberechtigung habe, der im Trinken seinen Mann stelle. Wer dies nicht tue, sei minderwertig, leistungsunfähig und zähle auch sonst nicht. Dieses »auch sonst nicht« ist, auf die kleinste Formel gebracht, die Grundwurzel der sozialen Wirkung der Trinksitte. Um diesem »auch sonst nicht« zu entgehen, trinken die Menschen, die »auch sonst« gelten wollen. Sie trinken, wenn sie sich »sonst« schwach und minderwertig fühlen, um den anderen und sich durch Trinkenkönnen den Beweis zu geben, daß sie d o c h leistungsfähig sind. Sie trinken, weil sie durch die angeführte Umwertung der Überzeugung sind, daß ihre Leistungsfähigkeit und Hochwertigkeit auch in anderen Gebieten erwiesen wird, wenn sie im Trinken ihren Mann stellen, ja sie trinken, damit sie beweisen können, daß sie w e n i g s t e n s im Trinken ihren Mann stellen und so wenigstens in einem Gebiete sich vor anderen »auszeichnen«. Hier gilt dies, was früher von aktiven lebensbejahenden Naturen gesagt worden, daß sie im Falle der Behinderung in anderen Tätigkeitsgebieten im Wege des Trin-

---

einzelnen religiösen und nationalen Gemeinschaften geworden sind. Hier liegen auch die Keime zu mancher der späteren »Sitten und Gebräuche«, welche später zur bloßen Gewohnheit geworden sind, ohne daß man sich an ihre ursprüngliche Bedeutung erinnerte. So zum Beispiel der Gemeintrunk anläßlich einer Hochzeit, welche Zeremonie ursprünglich das Eingehen des Schutzgottes in das neue Heim beinhalten sollte usw. So ist es auch interessant, daß bei den Alten der Genuß des Rauschtrankes ein Vorrecht der Freien und Adeligen gewesen war. Auch hier hängt das Verbot des Genusses durch Frauen, Jugendliche und Unfreie mit dem ursprünglichen religiösen Charakter zusammen, den man dem Rauschgetränke beilegte. »Wer Wein trinkt, tritt mit den Göttern in Verkehr und wird selbst göttlich, das soll den Adeligen und Freien vorbehalten bleiben« *(Hornetter)*.

kens eine neue Form ihrer Lebensbejahung und ihrer Aktivität suchen, und hier gilt dies, was von den passiven und verneinenden Naturen gesagt wurde: daß sie durch Ersatzhandlungen den Schwerpunkt ihres Lebens auf ein anderes minder real gefährliches Gebiet verlegen, um durch Scheingeltung eine Kompensation für ihren sonstigen Schiffbruch zu erlangen. Hier gilt schließlich auch, was früher von den jugendlichen Elementen angeführt wurde, welche mangels anderer Geltungsmöglichkeiten und Tätigkeitserfolgen zur Nachahmung jener Sitten und Gebräuche verleitet werden, durch welche sie in leichter und müheloser Weise ihr Bestreben, es den Erwachsenen gleichzutun, um eine Erhöhung ihres Geltungsbewußtseins zu erlangen, erreichen können. Die Trinksitte als Zuflucht eines verdrängten Geltungstriebes ist die stärkste Wurzel der sozialen Erscheinung des Alkoholismus. Hier findet die soziologische Bedeutung der »Giftgemeinschaft« auch ihre Erklärung.

Die Trinksitte in dieser Form qualifiziert sich demnach als ein Versuch der gesellschaftlichen Ersatzwertung und Ersatzhandlung wie das Trinken des Einzelnen als Kompensationshandlung. Die gesellschaftliche Allgemeinform gibt dem Individuum demnach das Mittel und die scheinbare Berechtigung zu einer derartigen Flucht aus der wirklichen Tätigkeit in die Scheinwelt des Alkoholwettkampfes.

Daß die Trinksitte vom Alkoholkapital dazu verwendet wird, um bei allen möglichen familiären, nationalen, öffentlichen und privaten Festlichkeiten und Anlässen das »Muß« des Alkoholkonsumes zu predigen und, daß diese Predigten bei den beteiligten Kreisen williges Gehör finden, ist bereits erwähnt worden. Hier sei nur nochmals darauf hingewiesen, da sich aus diesem Umstande die dritte Wurzel der Trinksitte, beziehungsweise ihre dritte Abart, zum Großteil wenigstens, ableiten läßt: die Trinksitte als Resultante der Genußsucht, des Luxus, des Protzentums, als Folge jener gesellschaftlichen Umschichtung und Umwertung, welche an Stelle wahrer Tätigkeit, wahren Schaffens und persönlicher Fähigkeit und Voll-Leistung das Geld und Geldeswert gesetzt hat. Wie in der allgemeinen Gesellschaftsordnung vielfach das Geld und die Kapitalskraft an die Stelle des inneren Wertes, des Adels und auch der Geistigkeit getreten ist, so wird auch in der gesellschaftlichen Schätzung die materielle Leistungsfähigkeit der einzelnen höher eingeschätzt. Dadurch wird das Bestreben wach gerufen, den andern im Aufwand, in Gelagen, im Freihalten, im Bewirten usw. zu übertrumpfen. Hier ist die materielle Quelle der Trinksitte, wie sie sich heute ganz besonders noch in ländlichen Gebieten aufweisen läßt, wo der am meisten Geltung hat, der die größten Weinmengen bezahlt. Hier die Wurzel der Erscheinung des gegen-

seitigen Überbietens im Freihalten, des unglaublichsten Massenkonsumes an alkoholischen Getränken und die Quelle manches wirtschaftlichen Niederganges. Da der wirkliche oder angebliche Reichtum öffentlich gezeigt werden soll, ist wieder das Wirtshaus[12]) der Ort zur Geltungmachung dieses Bestrebens, den höheren sozialen Wert, das heißt, die größere materielle Leistungsfähigkeit zu erweisen. Es ergibt sich also auch diese Form der Trinksitte als ein Versuch, das Geltungsbewußtsein und die soziale Wertung zu steigern. Daß es aber gerade der Alkohol ist, welcher zu diesem Versuche gebraucht wird, liegt einerseits in der historischen Bedingtheit des Alkoholkonsumes, in der übernommenen Gewohnheit und andererseits in der immer mehr überhand nehmen-

[12]) Auf dem flachen Lande sind wohl die Alkoholgaststätten nicht so dicht wie in der Stadt, doch haben sie eine wesentlich größere Bedeutung, da sich fast das gesamte öffentliche Leben auf dem Lande eben in diesem Wirtshause abspielt. Sie sind fast das Zentrum alles öffentlichen Geschehens, sie sind der einzige Zusammenkunftsort (außer der Kirche), sind auch daher ungleich zahlreicher im Verhältnisse zur Bevölkerungszahl besucht. Hierzu kommt aber ein anderer Umstand, welcher gerade die irgendwie »süchtig« disponierten Menschen, wie die unzufriedenen und seelisch gedrückten Elemente auf dem Lande vor allem dem Alkohol in die Arme treibt. Das Dorfwirtshaus ist das einzige Refugium aus einem unbefriedigtem häuslichen oder beruflichen Leben auf dem Lande. Diese vorgenannten Menschen sind wie bekannt meist enttäuschte, ehrgeizige und daher auf erhöhte äußere Geltung bedachte Individuen, welche entweder bestrebt sind, aus dem Bannkreis der Familie, in welcher sie sich nicht heimisch fühlen können, das Schwergewicht ihres Lebens in einen andern Kreis hinüberzutragen, in welchem sie sich mehr und bedeutsamer als Mittelpunkt fühlen können und ihr Streben nach erweiterter Geltung, nach höherer Wertung befriedigen können oder aber, wohin sie wenigstens der unbequemen Umgebung entfliehen und wo sie ihren Wach- und Tagträumen nachgehen können. In der sozialen Mannigfaltigkeit und Verflechtung des Stadtlebens gibt es für diese Flucht vor dem Heim und vor sich selbst wie für die Schaffung neuer räumlicher Geltungszirkel doch viel zahlreichere und andersartige Möglichkeiten als den Alkohol und das Wirtshaus. Auf dem flachen Lande aber gibt es keine Auswahl und oftmals, äußerlich wenigstens, keine anderen Entspannungs- und Abreaktionsmöglichkeiten, zumal dort, wo auch der Weg gemeinsamer Weiterbildung verschlossen ist. Der Mensch, welcher durch seine Veranlagung unzufrieden ist oder sich selbst minderwertig fühlt und sich daher in den kleinen und kleinlichen Kreis des Familienlebens und der eingeengten Häuslichkeit nicht einordnen kann, der nach irgendeiner, wenn auch nur scheinbaren Steigerung seines Selbstgefühles strebt, auch nun das Schwergewicht seines Lebens in eine andere Atmosphäre hinüberzutragen, in der er sich bedeutsamer fühlen, als Mittelpunkt ansehen kann, wo er gleichgesinnte, gleichgestimmte, gleichenttäuschte und auf gleiche Weise abreagierende Seelen findet. Diese Möglichkeit ist ihm eben durch die »soziale Institution« des Landwirtshauses gegeben. Hier ist der Ort, wo sich diese Art von Menschen zusammen finden kann, wo

den Suggestion des Alkoholkapitales, welches um so leichteres Spiel hat, da die Giftwirkung des Alkohols die Urteilskraft lähmt, die Euphorie als ständiger neuer Anreiz vorhanden ist und die Vorurteile der Masse sich noch immer als stärker erweisen als die Erkenntnis der wirklichen medizinischen, sozialen, materiellen und moralischen Schädigung des gesamten Volkes.

Als Grundwurzel des erworbenen Alkoholismus erscheinen auf sozialem Gebiete die falschen Wert- und Geltungsbegriffe, die Selbsttäuschung und die Lüge. Täuschung ist der angeblich psychologische Grund, welcher einzelne Berufszweige zum Alkohol zwingt, Selbsttäuschung und Belügung seitens der Alkoholinteressenten. Selbsttäuschung ist die Flucht der geistig Unreifen und vom richtigen Lebenswege abgekommenen Menschen zum Glase. Suggestion und Selbsttäuschung sind endlich alle jene Formen der Trinksitte, welche in einer Ersatzleistung die Grundlage für die gesellschaftliche Bewertung suchen und so den Weg zur wirklichen Tüchtigkeit versperren. Irreführung und Täuschung ist schließlich alles das, was die Vertreter des Alkoholkapitals von der angeblichen Notwendigkeit und Nützlichkeit des Alkoholkonsumes

---

der unbequemen äußeren Umwelt eine andere »schöne« Gegenwelt im Zustand der Berauschung entgegen gestellt werden kann. Hier findet jeder seine »Gemeinschaft«, hier auch findet jene bekannte Umwertung statt, in welcher das Niedrige zum Hohen, das Pathologische zum Natürlichen umgedeutet wird. Das Trinken ist dann eben keine Krankheit und kein Laster, sondern eine Leistung, die Achtung vor der Gegenleistung, vor der Leistungsfähigkeit überhaupt erwecken muß. Der Trinker und Großsprecher erreicht hier sein Ziel: die erhöhte Scheingeltung. Da werden nun die Sorgen und Pflichten des Tages vergessen: die Flucht ist gelungen, das Wirtshaus ist zum »Asyl« geworden. So bietet denn das Wirtshaus auf dem flachen Lande auch den Einsamen die Gelegenheit, ihre Vereinsamung und Absonderung zu vergessen, zu übertäuben und im gemeinsamen Trunke zu ersticken. — Aber auch für die nicht »sonderlichen« oder pathologischen Menschen hat das Dorfwirtshaus eine weitgehende Bedeutung. Spielt sich doch alles, was irgendwie über den Rahmen des Alltäglichen hinausgeht, in diesen Räumen ab. Jede Art von Unterhaltung, jede Feier, jede politische Versammlung, gesellige Zusammenkünfte, Hochzeiten, Tanzunterhaltungen, auch alles, was nur irgendwie im Entfernsten an das Theater mahnt, ja auch Versuche von populären Vorträgen, müssen mangels anderer Möglichkeiten im Wirtshause abgehalten werden. Hier ist es nun aber selbstverständlich, daß diese Tatsache von den Wirten geschäftlich auf das Höchstmögliche ausgenutzt, und daß dieser Umstand zu größtmöglichem Konsume von Getränken ausgeschrotet wird. Die Bedeutung des Wirtshauses als soziale Institution ist eben wesentlich für die Verbreitung des Alkoholismus auf dem flachen Lande. Hierzu kommt, wie oben ausgeführt, daß auf dem Lande das Wirtshaus die einzige Stätte ist, auf der es möglich ist, öffentlich seine materielle Leistungsfähigkeit zu erweisen, also der Eitelkeit und »Ruhmsucht« zu frönen.

erzählen. So ergibt sich als Grundwurzel des Alkoholismus; die gesellschaftliche Lüge und der Kampf gegen den Alkoholismus ist nicht nur ein Kampf um die wirtschaftliche, hygienische und moralische Gesundheit des gesamten Volkstums, er ist auch ein Kampf gegen die Vorurteile einer verkehrten Gesellschaftsordnung und sozialen Wertung; er ist ein Kampf gegen die Errichtung einer Scheinwelt und von Scheinwerten an Stelle der wirklichen Leistungswerte. Der Kampf gegen den Alkohol ist ein solcher für die allgemeine Aufklärung, Wahrhaftigkeit und gegen die Lüge seiner sozialen Verwurzelungen. Er darf daher nicht nur mit medizinischen Mitteln geführt werden. Der Kampfboden muß auf das Gebiet der Erziehung, der Jugendfürsorge und der gesamten Volksaufklärung verlegt werden.

Zusammenfassung:

Überblicken wir die Ergebnisse unserer Untersuchungen, sowie das bisher über das in Frage stehende Thema erschienene Schrifttum, so müssen wir gestehen, daß wir heute keineswegs in der Lage sind, einwandfrei die gesamten möglichen Ursachen beziehungsweise Vorbedingungen des Alkoholismus aufzuzeigen. Wir haben eine Vielheit kennengelernt, die mitwirkend für eine Auslösung der Trunksucht in Frage kommt. Es darf jedoch keiner der besprochenen Vorbedingungen übergroßes Gewicht beigelegt werden. Für die Beurteilung eines einzelnen Falles aber sind uns die verschiedenen Erklärungsversuche, mögen sie der Hauptsache nach physiologisch, psychologisch oder soziologisch aufgebaut sein, von großem Wert. Wie bei allen problematischen Fragen so ist auch hier keine allgemein und für alle Zeiten als wahr anzusehende Antwort möglich. Die Wahrheit läßt sich, sagt *Kratzmann*, in einer Kurve versinnbildlichen. Der sie trifft, berührt sie daher nur in einem Punkt, da seine Ansicht eine Tangente zu der Kurve darstellt. Er oder auch seine Schüler entwickeln ihre Meinung gerade weiter, entfernen sich daher immer mehr von der Kurve. Schließlich trifft ein anderer wieder nur in einem Punkt die Wahrheit. Hat sich die Kurve seit dem letzten Treffen gewendet, dann kann es sein, daß die neue Ansicht einer früheren gerade entgegengesetzt ist, und doch sind beide für ihre Zeit der Wahrheit entsprechend. Für die Zwischenzeit lag die Wahrheit wirklich in der Mitte, wie man dies sehr oft anläßlich entgegengesetzter Ansichten hören kann. — Wir wollen damit nicht mehr und nicht weniger sagen, als daß wir uns bewußt sind, auch mit unserer Auffassung vom Wesen der Trunksucht dem jetzigen Widerstreit zwischen der alten physiologisch-somatischen und der modernen psychologischen Richtung Rechnung getragen zu haben. Da es sich um Erfahrungs-

tatsachen handelt, arbeiten wir mit heuristischen Prinzipien, ohne uns auf ein Schuldogma festzulegen.

Unserer Überzeugung nach unterscheiden wir zwischen süchtigen Trinkern und Gewohnheitstrinkern in unserem Sinne. Die ersteren gehören sowohl körperlich als auch seelisch verschiedenen Menschentypen an, deren einziges Gemeinsames die Süchtigkeit ist. Deren Wesen besteht darin, daß die Betreffenden, wenn sie einmal mit dem Trinken begonnen haben, nicht willkürlich aufhören können. Diese Süchtigkeit scheint uns in einer allerdings noch nicht näher zu fassenden erblichen Veranlagung gegeben zu sein. Auslösend können auch bei von Haus aus Süchtigen verschiedene äußere, zum Beispiel wirtschaftliche Momente oder die Trinksitten, eine große Rolle spielen. — Den Trunksüchtigen gegenüber stellen wir die Gewohnheitstrinker, bei denen eine tiefergehende Veranlagung fehlt und die nur durch die Gepflogenheit, die schließlich zur Gewohnheit wird, alkoholische Getränke regelmäßig oder aber auch nur aus bestimmten Anlässen zu sich zu nehmen, zu Trinkern werden. Für sie wird in der Regel die Eigenart ihres Berufes, der sie viel mit Alkohol zusammenbringt, oder werden die allgemeinen Trinksitten ihrer Umgebung verhängnisvoll. Es besteht bei ihnen kein inneres Bedürfnis nach Alkohol, sie trinken lediglich aus Verleitung und Gedankenlosigkeit. Eine entsprechende Aufklärung bringt sie meist ohne besondere Schwierigkeiten dazu, ihr Trinken wieder aufzugeben. Bei dieser Gruppe von Trinkern zeigen sich die schädlichen Folgen des gewohnheitsmäßigen Alkoholverbrauches vorwiegend in körperlichen Erscheinungen. Seelisch kommt es gewöhnlich nur zu einer allmählichen Abstumpfung und wohl kaum je zum Ausbruch einer Alkoholpsychose. Für das Auftreten einer solchen ist unserer Meinung nach die Veranlagung entscheidend. —

Schrifttum:

Abkürzungen: Arch. f. Psych. = Archiv für Psychiatrie und Neurologie. — Mtsch. f. Psych. Neurol. = Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. — I. Z. = Internationale Zeitschrift gegen den Alkoholismus. — Psych. Neurol. W. = Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Alter, »Ein Fall von Dipsomanie«. Arch. f. Psych. B. 37, S. 826, 1903.

Anton, G., »Alkoholismus und Erblichkeit«. Psych. Neurol. W. 1901/2, S. 143.

Asmussen, »Der Trunk bei den Hamburger Hafenarbeitern«. I. Z. 1898, S. 252.

Bandel, Rudolf, »Statistik des Alkoholismus in Deutschland«. Alkoholfrage. 1931, S. 230 und 1932, S. 234.

Blocher, E., »Arbeitsbedingungen und Trunksucht«. I. Z. 1898, S. 314.

Büchler, P., »Leberstoffwechselstörungen der Gewohnheitstrinker«. Beiträge zur Delirfrage. Arch. f. Psych., B. 81, S. 280, 1927.

Bumke, C., »Lehrbuch der Geisteskrankheiten«. München, 1929.
Cimbal, W., »Trinkerfürsorge als Teil der Verwahrlostenfürsorge«. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie und psych. gerichtl. Medizin. B. 84, S. 52, 1926.
Dansauer und *Rieth*, »Über Morphinismus bei Kriegsbeschädigten«. Berlin, 1931.
Delbrück, »Die historische Entwicklung und gegenwärtige Lage der Trinkerasyle in Deutschland«. Vortrag auf dem 7. österr. Alkoholgegnertag, 23. XI. 1931, Wien.
Dresel, E. G., »Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge in Heidelberg«. Berlin, 1921.
Fränkel, F., und *Benjamin D.*, »Erfahrungen und Ergebnisse der offenen Fürsorge«. Berlin, 1932.
Gabriel, E., »Psychische Hygiene und Alkoholfrage«. I. Z. 1931, S. 265.
—, »Die soziale Bedeutung d. Alkoholfrage«. Soziale Arbeit, 29. Jhrg., Wien 1931.
—, »Heilungsaussichten b. Trinkern«. I. Z. 1932, S. 106.
—, »Erfolge u. Wirtschaftlichkeit der Trinkerheilstätte 'Am Steinhof'«. Psych. Neurol. W. Jhg. 34, 1932.
—, »Bemerkungen zur Wiedereröffnung d. Trinkerheilst. 'Am Steinhof'«. Zeitschr. f. psych. Hygiene, B. 5, 1932.
Gerenyi, 8. Internat. Kongreß gegen den Alkoholismus. S. 380, Wien 1901.
Goicher, Krasnowskaja und *Tschernyschewa*, »Somatische und biochemische Veränderungen bei chronischen Alkoholikern«. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. B. 137, S. 745, 1931.
Hirschfeld, M., »Großstadtdokumente«. B. 41. »Die Gurgel von Berlin«.. S. 101.
Holitscher, A., »Zur Frage der Abstinenzdelirien«. Psych. Neurol. W. 1908/9, S. 112, 123, 132, 141.
Hoppe, H., »Tatsachen über den Alkohol«. 3. Aufl.
Jaeger, »Sozial-psychiatrische Betrachtungen zur Alkoholfrage«. Allg. Ztsch. f. Psychiatrie u. psych. gerichtl. Medizin. B. 91, S. 368, 1929.
Kant, F., Arch. f. Psych. B. 80, 1927.
Klatt, G., »Das Alkoholproblem innerhalb der Gedankenwelt Nietzsches« I. Z. 1930, S. 331 ff.
—, »Psychologie des Alkoholismus«. Halle a./S., 1932.
Klemperer, E., »Die Behandlung des Delirium tremens mit Insulin«. Psych. Neurol. W. B. 34, 1932.
Korolanyi, H., »Zur Psychologie des Alkoholismus«. I. Z. 1931, S. 289.
Kraepelin, »Alkoholismus in München«.
Kratzmann, E., »Seelische Grundlagen des Alkoholismus«. I. Z. 1931, H. 6.
Kretschmer, E., »Körperbau und Charakter«. Berlin, 1925.
Lebius, R., »Arbeitsdauer und Trunksucht«. I. Z. 1897, S. 110.
Lichtenberg, H., »Die soziale Bedeutung der Alkoholkranken der Münchner psych. Klinik«. 1905.
London, Jack, »König Alkohol«.
Malcika, B., »Zur Frage des Alkoholismus«. Arch. f. Psych. B. 78, S. 694, 1926.
Mayer, F. X., »Über die Mangelhaftigkeit der Fundamente unserer Diagnostik der Verdauungskrankheiten und ihre Folgen für die gesamte Medizin«. Wien-Leipzig, 1925.

Meerloo, A. M., »Über pathologische Sucht und Gehirnentgiftung«, und »Über das körperliche Substrat der Alkoholsucht und anderer Toxikomanien«. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. B. 137, S. 560ff. u. 573ff.

Nietzsches Werke div., insbes. B. XIV und XVI.

Peretti, »Die Abnahme des Alkoholismus in ihrer Wirkung auf die Geisteskrankheiten«. Allg. Ztschr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medizin, B. 77, S. 1, 1921/22.

Petersen, »Geschichte der deutschen Nationalneigung zum Trunk«.

Pohlisch, K., »Stoffwechseluntersuchungen beim chronischen Alkoholismus, Delirium tremens und alkoholischer Korsakow-Psychose«. Mtsch. f. Psych. Neurol. B. 62, S. 212, 1927.

—, »Die Verbreitung des chronischen Opiatmißbrauches in Deutschland«. Berlin, 1931.

Riechert, T., »Die Prognose der Rauschgiftsuchten«. Arch. f. Psych., B. 95, S. 103, 1931.

Riese, W., »Nervenärztliche Bemerkungen zu Jack Londons 'König Alkohol'«. I. Z. 1928.

Rosenfeld, M., »Über Alkoholpsychosen«. Klin. Wochenschr. 1927, S. 577.

Sauermann, »Zur Prognose und Therapie der Trunksucht«. Psych. Neurol. W. 1903/4, S. 23.

Schmidt, T.-Kraepelin, »Über die Bedeutung äußerer Anlässe und innerer Ursachen bei der Entstehung des Alkoholismus«. I. Z. 1927, S. 197.

Schultze, R., »Geschichte des Weines und der Trinkgelage«. Berlin 1867.

Schwiedland, »Maßnahmen zur Bekämpfung der Rauschtränke«. Rikola-Verlag. S. 136.

Smorodinzewa, L. K., »Die Einwirkung der Sauerstofftherapie auf die Alkalireserve des Blutes von Alkoholikern«. Arch. f. Psych., B. 90, S. 28, 1930.

—, »Über den Einfluß der Sauerstofftherapie auf den Harnsäuregehalt des Blutes von Alkoholikern«. Arch. f. Psych., B. 93, S. 447, 1931.

Smorodinzewa, L. K., u. *Liwschitz, I. G.*, »Über die Veränderungen des Trockenrestes des Blutes und des Haemoglobins bei der Behandlung von Alkoholikern mit Sauerstoff«. Arch. f. Psych., B. 82, S. 394, 1927.

—, »Über die Einwirkung der Sauerstofftherapie auf den Cholesteringehalt im Blut der Alkoholiker«. Arch. f. Psych., B. 91, S. 669, 1930.

Staehelin, I. E., »Über die Entstehung und Behandlung der Süchte«. Schweiz. Med. Wochenschr. *62*, S. 893, 1932.

Stein, Ph., »Arbeitsbedingungen und Trunksucht«. I. Z. 1898, S. 214.

Stockert, G., »Zur Frage der Disposition zum Alcoholismus chronicus«. Ztsch. f. ges. Neurol. u. Psych. B. 106, S. 279, 1926.

Suckow, K., »Das Blutbild beim chronischen Alkoholismus und akuten Psychosen der Gewohnheitstrinker«. Mtsch. f. Psych. Neurol., B. 62, S. 240, 1927.

—, »Flockungsreaktion des Blutplasmas und Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei chronischen Alkoholisten und akuten Psychosen der Gewohnheitstrinker«. Mtsch. f. Psych. Neurol., B 62, S. 270, 1927.

Theiß, K., »Alkoholismus und Sozialversicherung«. Münster i. W., 1931.

Thomsen, I., »Erblichkeit der Trunksucht«. Arch. f. Psych., B. 17, S. 527, 1886.
Turner u. *Rybakow, Stöcker,* angef. nach *Peretti.*
Weickert, H., Alkoholismus im Lichte der Individualpsychologie«. Internat. Ztschr. f. Individualpsychol. 4. Jhg. 1926, S. 295.
Weinberger, briefliche Mitteilung vom 6. März 1932.
Wexberg, E., Individualpsychologie. Wien, 1928.
Wlassak, R., »Grundriß der Alkoholfrage«. Leipzig, 1929.
—, »Alkoholfrage und Sozialpolitik«. 1907.
Zamek, H., »Untersuchungen über Körperkonstitution bei Alkoholikern«. Arch. f. Psych., B 81, S. 172, 1927.
»Ist die Trunksucht eine gewöhnliche Folge oder aber eine Hauptursache der Armut?« I. Z. 1893, S. 246.

Kleinere Mitteilungen.

Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica, herausgegeben von *Hayashi*-Okayama, *Nakamura*-Niigata, *Saito*-Tokyo und *Uyematsu*-Tokyo. Band I. Heft 1. Dezember 1933. Japan.

Mit verschiedenen anderen Mitarbeitern haben sich die in der Überschrift genannten Vertreter neurologischer und psychiatrischer japanischer Kliniken entschlossen, Arbeiten aus ihren Instituten in deutscher, englischer und französischer Sprache je nach Wahl der Verfasser herauszugeben. Die Publikationen von Übersetzungen bzw. Referaten anderweitig erschienener, japanisch geschriebener Arbeiten kommt erst nach Genehmigung des schriftleitenden Herausgeber-Kollegiums in Frage. Den Druck der neuen Zeitschrift beaufsichtigt bis auf weiteres Professor *Hayashi* in Okayama. Jährlich sollen in zwangloser Folge vier Hefte in Stärke von etwa 150 Seiten erscheinen.

Das vorliegende erste Heft bringt neun interessante Arbeiten, acht davon in deutscher Sprache. Die Arbeiten behandeln aktuelle psychiatrische, neurologische, hirnphysiologische und hirnanatomische Themata. Hervorgehoben seien die Arbeiten von *Takeuti* und *Namba:* zur Pathologie des Zentralnervensystems bei Bleivergiftung, die mit zahlreichen, wohlgelungener Mikrophotographien geschmückt ist, die Arbeit von *Uyematsu, Fujii* und *Kamano:* Fiebertherapie der progressiven Paralyse durch intravenöse Injektion von Gono-Vaccin; von besonderem Interesse ist der Aufsatz von *Kubo* und *Hattori:* die progressive Paralyse in Korea (die Erkrankungen zahlreicher Koreaner an Malaria in der Jugend scheinen bei Erkrankung an Lues die Entwicklung der Metalues zu hemmen). Von hohem wissenschaftlichen Wert sind die experimentellen hirnanatomischen und hirnhistologischen Untersuchungen von *Satô* bzw. von *Takeuti.*

Alle Arbeiten sind durch erfreuliche Prägnanz ausgezeichnet.

G. Ilberg (Dresden).

Ludwig Klages: Handschrift und Charakter. 14. u. 15. Auflage. 1932. Verlag von J. A. Barth, Leipzig.

Wenn man von Handschriftenkunde und graphologischer Handschriftendeutung spricht, so ist damit ohne weiteres gegeben, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Innenleben des Menschen und seinerAusdrucksmöglichkeit durch die Handschrift vorausgesetzt wird. Es ist die Aufgabe der Graphologie, diese Zusammenhänge aufzuzeigen.

Es dürfte sich heute erübrigen, darüber zu streiten, ob die Handschrift eines Menschen dessen Wesen widerspiegelt oder nicht; weitaus die meisten, die sich ernstlich mit dieser Frage beschäftigt haben, mußten sie bejahen.

Für den Arzt, insbesondere den Psychiater ist diese Frage von Bedeutung, um so mehr, als dadurch neue Wege in der Diagnose gewiesen werden. Wurden auch die wissenschaftlichen Grundlagen der Graphologie durch Erfahrung gewonnen, so ist es deshalb nicht möglich, eine Handschrift rein schematisch zu deuten. Hier setzt die Kunst ein, unter Verwendung der festgelegten Grundregeln der Graphologie ein Gesamtbild über den Beurteilten zu gewinnen.

Das Buch von *Klages* ist ganz dazu in der Lage, einen tieferen Einblick in die Zusammenhänge zwischen Handschrift und Charakter zu vermitteln. Es ist weniger ein praktischer Leitfaden der Graphologie, als eine eingehende theoretische und philosophische Begründung und Untermauerung der Graphologie. Insofern ist das Werk kein Buch für Anfänger. Es werden gewisse elementare Kenntnisse vorausgesetzt, ebenso eine Vertrautheit mit dem Stoff und auch Erfahrung in der Beurteilung von Handschriften. Jedenfalls verdient das Buch die volle Beachtung des Arztes und besonders des Psychiaters, der sich heute oder morgen doch wohl noch eingehender mit graphologischen Fragen bei seinen Kranken wird beschäftigen müssen. Dr. *P. Gieß-Süchteln*-Johannistal.

Gehirnpathologie vornehmlich auf Grund der Kriegserfahrungen von Prof. Dr. *Karl Kleist*, mit 413 teils farbigen Abbildungen im Text und auf 6 Tafeln. Leipzig 1934, Verlag v. Joh. Ambrosius Barth. Preis 118 RM., geb. 122 RM.

Als Leiter der neurologischen Abteilungen in Douai und in Lille, auch als Berater des Fachchirurgen, konnte Verfasser sehr viele frische Kopf- und Hirnverletzte untersuchen und hat selbst während des Krieges eine umfangreiche neurochirurgische Tätigkeit entfaltet, lernte auch in einem von ihm eingerichteten Hirnverletzten-Lazarett in Rostock solche Verwundungen in ihren Rückbildungs- und Restzuständen und in ihren Spätfolgen kennen. Sein großes Material hat *K.* nun in jahrelanger Arbeit gesichtet und eine ansehnliche Zahl konservierter Gehirne mikroskopisch untersucht. Außer 300 Hirnverletzten, von denen 276 ausführlich mitgeteilt werden, standen ihm 106 Herdkranke, und zwar besonders solche mit lokalisatorisch gut verwertbaren Erweichungsherden in seiner Frankfurter Nervenklinik zu Gebote.

Der Krieg hat auf Hirnphysiologie und Gehirnpathologie befruchtend gewirkt, indem man Hirnverletzungen von jeder möglichen Örtlichkeit und Funktionsstörungen jeder bekannten und mancher neuen Art sah. Es zeigte sich, daß sich nicht nur niedere, sondern auch manche höhere seelischen Vorgänge in örtlich begrenzten Hirnapparaten abspielen, z. B. die optisch-räum-

lichen Funktionen, die Vorgänge des Farbensehens und -erkennens, gewisse Rechenleistungen, Bewegungsantriebe, affektive Vorgänge. Hirnverletzungen, die an die Bahnen des Hirnmarks, des Balkens, der inneren Kapsel und an die Basalganglien gebunden sind, sagen weniger aus; tief ins Gehirn reichende und die Ventrikel eröffnende Verwundungen führen durch Blutung und Infektion meist den Tod herbei; Verletzungen des Kleinhirns und des Hirnstamms kommen in der Regel lebenswichtigen Zentren des verlängersten Marks zu nahe. Das Herrschaftsgebiet der Hirnverletzungen war das der umschriebenen Rindenfunktion; oft entsprach hier eine kleine Schädelverletzung keineswegs einer eng begrenzten Hirnverletzung. In den tötlich verlaufenden Fällen störten vielfach große Blutungen, umfangreiche Erweichungen, Hirnvorfälle und eitrige Hirnhautentzündungen die Beurteilung. Oft erfolgte der Tod draußen im Feld, das anatomische Material der Heimatlazarette war daher meist klein. — In die Kriegschirurgie ist *K.* von keinem Geringeren als von *Schmieden* eingeführt worden. Im vorliegenden Werk finden wir manche schöne Erfolge, die bei Kopfverletzten operativ oder konservativ erreicht worden sind. Mit Recht hebt *K.* hervor, daß das Vaterland den verwundeten Lebenden und Toten auch Dank dafür schuldet, daß sie der Wissenschaft neue Erkenntnisse vermittelt haben.

Es ist unmöglich, bei Besprechung dieses umfangreichen Buches auf Einzelheiten einzugehen. In jedem Kapitel findet man, daß der Verf. sich in den Stoff liebevoll vertieft, daß er frühere Befunde mit neu erhobenen verglichen und die gesamte reiche Literatur über Kriegsverletzungen in den Kreis seiner Betrachtungen gezogen hat. Er hat es meisterhaft verstanden, die schwierigsten Probleme lehrreich darzustellen. Mit diesem neuesten Werk der Gehirnpathologie ist — wiederum aus Frankfurt — eine Meisterleistung erschienen, nachdem hervorragende Forscher wie *Edinger, Weigert, Nißl* und ihre Schüler ebenfalls von Frankfurt aus die Ergebnisse ihrer Forschungen mitgeteilt haben. Anatomen, Physiologen, Kliniker, Neurologen, Psychologen und Psychiater können aus dem umfangreichen Werke neue Kenntnisse erwerben. Am Schluß jedes Kapitels sind die Ergebnisse der Kriegserfahrungen über das betreffende Gebiet übersichtlich zusammengestellt. Zahlreiche gut gelungene Photographien und viele übersichtliche Schemata veranschaulichen das Mitgeteilte.

Im einzelnen behandelt sind die Störungen der Motilität, der Sensibilität, der Koordination, die Apraxie, die Störungen der Sehleistungen, des Geruchs und Geschmacks, die Hörstörungen, Geräuschtaubheiten und Amusien, die sensorische und die motorische Aphasie. — Von hervorragendem Interesse ist das Kapitel über das Stirnhirn im engeren Sinne und die ihm eigenen Störungen an Bewegungen und Empfindungen, Antrieb, Handeln und Denken. Baulich und funktionell sind hier zu unterscheiden das eigentliche Stirnhirn und das Orbitalhirn. Bei Stirnhirnverletzten, besonders bei Frischverletzten, wird auf den Antriebsmangel Wert gelegt. Dieser tritt auf bei doppelseitigen Verletzungen über dem mittleren und vorderen Drittel der F 1 und dem mittleren Drittel der F 2 als eine ausgedehnte Aspontaneität beim Stehen, Gehen und den Notdurftverrichtungen, ferner als Mangel an Sprachantrieb bei Verletzungen und Herderkrankungen im Bereich der pars ascendens der linken F 3 und endlich als Mangel an Antrieb zu mimischen Bewegungen der Aufmerksamkeit und des Denkens, einschließlich eines Mangels an Denkantrieb bei doppelseitiger und linkshirniger Verletzung über dem

mittleren Drittel der F 2. Stirnhirnverletzungen und -erweichungen, -tumoren und -atrophien rufen unter Umständen auch Mängel der Gedankenbildung, Ausfall an Gedanken hervor, z. B. bei kombinatorischen Aufgaben, Prüfung des Beziehungsdenkens, bei Unterschieds-, Ähnlichkeits- und Analogiefragen. Auch Rechenstörungen können außer vom Hinterhauptlappen vom Stirnhirn ausgehen. — Von großer Wichtigkeit für den Psychiater ist auch das Kapitel von den psychokinetischen, katatonen und myostatischen Störungen des Stammhirns. Außer dem Antrieb und den ihm zugeordneten subjektiven Anstrengungs- und Krafterlebnissen, die dem Stirnhirn angehören, hängen die anderen psychomotorischen Erscheinungen vom Stammhirn ab. Hier ist im Hinblick auf ihre seelischen Quellen die Gruppe der Regungen zu unterscheiden von der Gruppe der Strebungen. Die Regungen und Strebungen werden als icheigen erlebt im Gegensatz zu den ebenfalls dem Hirnstamm angehörenden ichfremden myostatischen Störungen. Mit den Strebungen hängen die katatonen Symptome zusammen: Manieren, Stereotypie, Echopraxie, Iteration, Katalepsie und Negativismus. Auf diese Erscheinungen und den Ort ihrer Verletzung nach Kopfschüssen bzw. Herderkrankungen wird des näheren eingegangen. — Sehr interessant sind ferner das Kapitel über Störungen der Ichleistungen und ihren Zusammenhang mit dem Orbitalhirn, Cingulum und Zwischenhirn sowie das Kapitel über Wesen, Wachen und Bewußtsein, ihre Störungen und ihren Zusammenhang mit dem Stammhirn. Über hysterische Störungen schreibt *K.*, daß es solche organisch bedingte, nicht psychogene Störungen nicht nur bei Stirnhirnverletzungen, sondern auch bei Verwundungen an Hinterhaupts-, Scheitel- und Schläfenlappen gibt; maßgebend ist die Tiefenwirkung auf den Hirnstamm. Die hysterische Wesensveränderung beruhe auf einer erworbenen oder angeborenen Schaltschwäche zwischen dem dienzephalen Körper-ich und anderen Wesensleistungen.

Nur angedeutet werden können einige andere Befunde: Ausfallserscheinungen und temperamentartige Erregbarkeitsverschiebungen am affektiven und triebhaften Ich gehen vom Zwischenhirn aus, mit dem wahrscheinlich auch die dysphorisch-euphorischen Erregbarkeitsveränderungen am Körper-ich zusammenhängen sowie die Überempfindlichkeit, die als somatopsychische Ausfallserscheinung anzusehen ist. Eine höhere Schicht des Körper-ichs liegt in der Regio cingularis. Ebenso haben Selbst-ich und Gemeinschafts-ich je eine kortikale, am Orbitalhirn angelegte und eine dienzephale Schicht. — Völliger Bewußtseinsverlust kam namentlich bei Hinterhauptsverletzungen, tiefen Kleinhirnverwundungen und im Verein mit Verletzungen basaler Hirnnerven vor, was für Zusammenhang von Bewußtsein und caudalem Hirnstamm spricht. Allgemeine Bewußtseinstrübungen waren bei Beschädigung des Hirnstamms, einschließlich des Zwischen- und Mittelhirns am häufigsten. — An der Schlaf-Wachsteuerung ist das Gebiet von der Mittel-Zwischenhirngrenze bis zur Commissura media (einschl.) beteiligt. — Lagen die Hirnverletzungen dem Zwischenhirn nahe an Schläfenlappen oder Orbitalhirn, so kam es zu Delirien. Beim Halluzinieren geht die schadhafte Steuerung zwischen Wahrnehmen und Vorstellen wahrscheinlich vom Thalamus aus, der demnach nicht nur am Wahrnehmen sondern auch am Vorstellen beteiligt ist. — Zu unterscheiden sind kortikale, vom Mittelhirn ausgehende und mit Zwischenhirn und Vorderhirn zusammenhängende Aufmerksamkeitsstörungen. Anregung und Bremsung greifen entweder auf der sensorischen (thalamischen) Seite an: Ideenflucht, Denkhemmung oder bei den attentionellen (caudären) Einstellvorgängen: Inkohärenz,

Denklähmung. Bei Hirnverletzten wie Herdkranken fanden sich attentionelle Ordnungsstörungen nur bei Beteiligung des Hirnstamms.

G. Ilberg (Dresden).

Personalia.

Nekrolog Dr. med *Josef Jörger,* weiland Direktor der Anstalt Waldhaus bei Chur. 1860—1933. V. A.! Es drängt mich, unserem lieben dahingeschiedenen Kollegen und Freunde *Joh. Josef Jörger* pietätvolle Worte ehrenden Andenkens zu widmen. Es sind jetzt 42 Jahre, daß wir beide auf unserem Lebenswege zum erstenmal zusammentrafen und zwar in St. Pirminsberg, wo ich unter meinem verehrten Freunde *Laufer* sein Nachfolger als Assistenzarzt wurde. Der urchige Graubündner machte mit seinem Charakterkopf sofort einen tiefen Eindruck auf mich, und ich fühlte mich schnell zu ihm hingezogen. Es entwickelte sich im Laufe der verflossenen Dezennien zwischen uns ein schönes kollegiales und freundschaftliches Verhältnis. Schon bei unserer ersten Begegnung mußte ich seine Ausdauer als Bergsteiger bewundern, als er im Genusse einer seiner beliebten Brissago mit mir auf die Kolonie auf den St. Margrethenberg und auf den Piz Alun stieg, wo ich Mühe hatte, ohne Brissago, mit ihm Schritt zu halten.

Er wurde geboren in seinem idyllischen Heimattale in Vals am 21. Oktober 1860 als einziger Sohn einer einfachen Bündnerfamilie; sein Vater war Landwirt und Schmied. In seinem Bergtale verlebte er eine gesunde, naturwüchsige Jugend und verbrachte manchen Sommer als Hüterbub im Peiltal auf dem Maiensässe seines Vaters. Die Erinnerungen an seine schönen, mit seinen Volksgenossen in engem Zusammenleben verbrachten Jugendjahre lebten später wieder auf in seinen volkstümlichen Schilderungen von Land und Leuten, in denen er sich nicht nur als ein Meister der Beobachtung seiner Umgebung, sondern auch als vortrefflicher Stilist erwies. Und auch mich verknüpfen reiche Erinnerungen mit seinem Geburtsorte Vals; als ich im Jahr 1883 nach einem Aufenthalte in den Spitälern in Wien in die Heimat zurückkehrte, begann ich meine ärztliche Tätigkeit im Lugnetz als Arzt des Bades Peiden, ähnlich wie *Jörger* drei Jahre früher in Andeer, und da es nur außer Tales in Ilanz einen Arzt gab, besorgte ich auch den ärztlichen Dienst des Tales und hatte z. B. eine inkarzerierte Hernie bei einem Bündnerbauer gerade in Vals zu operieren, wobei ich seine Stalltüre zu einem Operationstisch improvisieren mußte.

Jörger erwies sich in der Schule als geistig sehr geweckter Knabe und kam deshalb an das Gymnasium in Schwyz, wo er, nach einem kurzen Unterbruch durch Studien am Lehrerseminar in Chur, seine Maturität mit Auszeichnung bestand. Seine innere Berufung trieb ihn, sich dem ärztlichen Stande zu widmen. Er lag seinen Studien mit großem Eifer in Zürich und Basel ob und bestand 1884 sein Staatsexamen in Basel als einer der ersten im Alter von 24 Jahren. Er bekleidete zuerst eine Stelle als Assistenzarzt auf der chirurgischen Abteilung des Bürgerspitales und ging dann unter Prof. *Wille* auf die Irrenabteilung über, die sich damals noch im Bürgerspital befand. Dort beschäftigte er sich neben seinen täglichen klinischen Pflichten auch wissenschaftlich und arbeitete an seiner Dissertation über das induzierte Irresein, die im Jahre 1888 erschien und ein deutliches Zeugnis ablegte von seiner Gründlichkeit und seinem scharfen

Denken. Im Jahre 1885 fand er in Mailand seine treue Lebensgefährtin, eine dort lebende Valserin, *Pauline Hubert,* die in der Folge Freud und Leid in einer fast 50jährigen arbeitsreichen, glücklichen Ehe mit ihm teilte.

Im gleichen Jahr übernahm er die Stelle eines Talschafts- und Kurarztes in Andeer, welche Tätigkeit dauernde Erinnerungen an die Mühen und Strapazen einer graubündnerischen Landpraxis bei ihm hinterließ; man denke nur an die Schwierigkeiten eines ärztlichen Besuches im Winter in dem hochgelegenen Aversertal. Diese Erlebnisse hat er anschaulich im Jahrbuch »die Ernte« von 1932 geschildert.

Da ihm diese Form der ärztlichen Tätigkeit nicht die gesuchte Befriedigung gewährte und sein Interesse an der Psychiatrie aus seiner Tätigkeit an der Irrenabteilung des Bürgerspitales in Basel noch rege war, übernahm er im Jahre 1886 die Stelle des zweiten Arztes in der St. Gallischen Heilanstalt St. Pirminsberg, wo er seine Dissertation, die erste wissenschaftliche Arbeit über das induzierte Irresein, neben seiner Tätigkeit als Anstaltsarzt ausarbeitete . Von da an blieb er der Psychiatrie treu bis an sein Lebensende. In St. Pirminsberg, wo er den auf tragische Weise an einem Hundebiß dahinsterbenden *Weller* und dessen Nachfolger *Laufer* zu Chef und Freunden hatte, wurden ihm seine zwei Söhne geboren, denen später in Chur noch zwei Töchter folgten, bei denen sich zu seiner und seiner Frau Freude die ihnen von Vater und Mutter vererbten Gaben prächtig entwickelten.

Im Jahre 1890 stellte er seine psychiatrischen Kenntnisse und Kräfte in den Dienst seines Heimatkantons, zuerst als Berater für den fertig zu erstellenden Bau der graubündnerischen Anstalt Waldhaus bei Chur und dann von der Eröffnung dieser Anstalt im Jahre 1891 an als Direktor. 40 Jahre widmete er dem ihm anvertrauten »Waldhaus« seine ganze Kraft in vorbildlicher Pflichterfüllung und Treue. Wie seiner Familie war er seinen Kranken und Angestellten ein väterlicher Berater und Freund und umgab sie mit rührender Sorgfalt und Liebe. Seine Fürsorge erstreckte sich aber nicht nur auf die ihm in der Anstalt anvertrauten Kranken, sondern durch seine anregende Tätigkeit im graubündnerischen Irrenhilfsverein auch auf die Kranken außerhalb der Anstalt.

Er trägt auch ein Hauptverdienst an der Gründung und an dem Bau des neuen Asyles in Realta, indem er im Jahre 1903 im Schoße der gemeinnützigen Gesellschaft in einem Vortrage den Plan und die Notwendigkeit für diese Gründung entwickelte und sich des Projektes annahm, bis es 1919 als fertige Anstalt eröffnet werden konnte. Aber nicht nur der erwachsenen Geisteskranken, der Alten und Gebrechlichen, der asozialen Elemente, die in der menschlichen Gesellschaft sich nicht zurecht fanden, nahm *Jörger* sich an, auch für die Unerwachsenen, die Kinder, die noch zu Erziehenden, hatte er ein mitfühlendes Herz und wurde so zum Mitbegründer der Erziehungsanstalt für Geistesschwache in Masans bei Chur. So setzte er auf seinem Lebenswege seinem gemeinnützigen Sinne und seiner Menschenliebe bleibende Denkmale. Dabei war er stets ein einfacher, anspruchsloser und bescheidener Mann. Er war der »urchige Valser« geblieben; er hat sich nie vorgedrängt. In einem etwas rauhen, verschlossenen Äußern barg er ein weiches, mitfühlendes Herz für alle Leidenden. Zank und Streit und Unverträglichkeit waren ihm zuwider und verhaßt, und deshalb hielt er sich ferne von dem lauten Kampfe des Tages, und es blieb ihm das Liebste, seine Ferien in Vals, inmitten seiner einfachen Landsleute zuzubringen.

So war er auch ein treuer, hilfreicher Freund, auf den man sich verlassen konnte, stets bereit zu Rat und Tat. Und in seinem Freundeskreise war er als humorvoller, geistreicher Causeur unübertrefflich. Neben diesen Gaben des Gemüts besaß er auch eine hervorragende Intelligenz, die er in einem großen Interessenkreise betätigte.

Er war von Jugend auf ein großer Naturfreund und kannte die Berge seiner Heimat wie kaum ein zweiter. Er machte als Mitglied des Alpenklubs auch andere damit bekannt und hat nicht wenig dazu beigetragen, sein Valsertal als Kurlandschaft und als Kurort bekannt zu machen. Er war auch stets ein eifriges Mitglied der naturforschenden Gesellschaft des Kantons Graubünden, gehörte jahrelang ihrem Vorstand an und bekleidete das Amt des Bibliothekars. In jüngeren Jahren betrieb er mit Eifer Entomologie, und der reichen Flora von Vals widmete er bis in sein Alter ein großes Interesse. Er liebte Musik und Poesie immer, und im Kreise seiner großen Anstaltsfamilie pflegte er alle Künste, wenn er damit Geselligkeit ins Haus tragen und den Kranken und Angestellten Freude machen konnte.

Als Arzt bestrebte er sich, auf der Höhe der Wissenschaft zu bleiben, und als Psychiater war er über die Grenzen seines Heimatkantons hochgeschätzt. Seine Gutachten verschafften ihm den Ruf eines gewissenhaften und gründlichen Beobachters; so wurde er vielfach als Experte berufen, vor allem auch für den Bau neuer Anstalten, so u. a. für die Errichtung der appenzellischen Anstalt in Herisau. Bei seinen Kollegen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie stand er in so hohem Ansehen, daß sie ihn für eine Amtsdauer zum Präsidenten wählten und ihm später die Ehrenmitgliedschaft erteilten.

Auch als Wissenschafter war *Jörger* sehr geschätzt; er veröffentlichte zwar nicht viel, aber was er veröffentlichte, war originell und musterhaft; so eine Arbeit über die Pseudologia phantastica. Als einer der ersten arbeitete er auf dem Gebiete der Erbbiologie und gab mit andern den Anstoß zu dem jetzigen hohen Stand dieses Wissenszweiges; seine Arbeiten über die Familie Zero aus dem Jahre 1905 und über die Familie Markus aus dem Jahre 1918, die er als Frucht jahrzehntelanger Nachforschungen zeitigte, sind jetzt noch mustergültig.

In der Gemeinnützigkeit war er ungemein tätig; wie schon angeführt, im Irrenhilfsverein, in der Gemeinnützigen Gesellschaft, im Taubstummenverein, im Vorstand der Frauenschule und noch anderen gemeinnützigen Institutionen, denen er seine Mithilfe auch noch nach seinem Rücktritte von seiner Stelle als Direktor des Waldhauses weiter widmete.

Das alles ist ein reicher Kranz von vielseitigen Leistungen unseres lieben Freundes, und diesem reichen Kranze fügte er als die schönste Blume seine dichterischen Arbeiten ein, mit denen er sich geradezu den Namen eines Jeremias Gotthelf seines heimatlichen Tales verdient hat. Im Jahr 1913 erschien von ihm eine umfassende volkstümliche Monographie »Bei den Valsern des Valsertales«; dann folgten 1918 die Geschichten im Valserdialekt »Urchigi Lüt«, mit denen er seinem Heimattale ein literarisch wie sprachkundliches Denkmal von dauerndem Wert schuf; es ist im Rahmen der Dialektdichtung geradezu ein Meisterwerk, mit dem er sich in die Reihe der besten und bedeutendsten Mundartdichter der Schweiz gestellt hat. 1920 ließ er den »Hellig Garta« erscheinen, in welchem Buch er die Gestalt eines edlen Valsers ehrte. Sein letztes größeres Werk war der wieder schriftdeutsch geschriebene Roman »Die letzten Schattenauer«, Land und Leuten

des Lugnetzertales abgelauscht. Sein echter, herzerquickender Humor und seine ganze bodenständige Persönlichkeit sprudelt auch in einer Reiseplauderei aus dem Jahr 1925, worin er seine Erlebnisse »Unter der orientalischen Sonne« in Palästina und Ägypten schildert. Viele kleinere Aufsätze und Mundartstückchen ließ er bald da und bald dort erscheinen; denn nach dem Rücktritte von seinem Amte befand er sich noch in vollgeistiger Frische und Rüstigkeit, und es war ein großes Vergnügen, sich mit ihm in seiner geistreichen Art zu unterhalten. Als ich ihn letztes Jahr in seinem Tusculum in Zizers besuchte, war er wie ein Patriarch inmitten seiner Familie, und wir verlebten fröhliche Stunden und freuten uns an alten Erinnerungen. Es schien ihm noch ein langes Otium mit beschaulicher, stiller Arbeit beschieden. Aber es sollte nicht sein! Am Abend des 31. August verschied er nach einer kurzen schweren Krankheit, umgeben von der Liebe und Pflege seiner Familie im Waldhaus, an der Stätte seines langjährigen Wirkens.

Mit *Jörger* ist ein edler, selten begabter Mensch von goldlauterem Charakter von uns geschieden, ein reich mit Gaben des Geistes und des Herzens ausgestatteter Mann, dem es vergönnt war, ein langes, segensreiches Leben als Mensch, Arzt und Schriftsteller zu vollenden. Er war ein Begnadeter und Gesegneter! *Schiller*, Asyl Wil / St. Gallen.

Verstorben: Professor Dr. *Herschmann*-Wien und Medizinalrat Dr. *Zierl*-Regensburg.

Dr. *Hans Robert Müller* habilitierte sich für Nervenheilkunde und innere Medizin an der Universität Würzburg und Privatdozent Dr. *Kolle* umhabilitierte sich von Kiel nach Frankfurt a. M. Dr. *Bernhard Chr. Dattner*-Wien erhielt die venia legendi.

Versetzt: Stellvertretender Direktor O.M.R. Dr. *Gerhard Müller* von Arnsdorf nach Großschweidnitz, Reg.Medizinalrat Dr. *Klaubert*-Dösen als Obermedizinalrat und Stellvertreter des Direktors nach Arnsdorf, Medizinalrat Dr. *Weise* von Dösen nach Zschadraß und Assistenzarzt Dr. *Hartung* von Kortau nach Tapiau.

Das 50-jährige Doktor-Jubiläum feierte Geheimer Sanitätsrat Dr. *E. Rehm*-München.

Professor Dr. Dr. Dr. *Aschaffenburg*-Köln wurde anläßlich seiner für die griechischen Juristen in Athen gehaltenen Vorträge zum Kommandeur des Phönix-Ordens ernannt.

Ernannt wurden ferner: Medizinalrat I. Kl. *Einsle*-Günzburg zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg, Reg.Mediz.Rat Dr. *Lange*-Chemnitz (Altendorf) zum OberReg.Mediz.Rat und Stellvertreter des Direktors, Privatdozent für Neurologie und Heilpädagogik Dr. *Lottig* zum leitenden Oberarzt am Jugendamt Hamburg, Oberarzt Dr. *Nobbe* zum Oberarzt in Uchtspringe, Privatdozent Dr. *Demme*-Hamburg zum leitenden Oberarzt der 4. Medizin-(Nerven-)Abteilung des allgemeinen Krankenhauses zu Barmbeck, die Oberärzte Dr. *Schröder*-Frankenthal, Dr. *Schuch*-Erlangen, Dr. *Max Schneider*-Lohr a. Main und Oberarzt Dr. *Schmidt*-Klingenmünster zu Medizinalräten I. Kl., Assistenzarzt Dr. *Plank*-Günzburg zum Oberarzt, Oberarzt Dr. *Keck*-Ansbach zum Landgerichtsarzt in Landshut, Oberarzt Dr. *Heerwagen*-Tapiau zum Polizeiarzt in Breslau und Anstaltsarzt Dr. *Fritzen*-Tapiau zum Reg.-Mediz.Rat des Versorgungsamtes Königsberg.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

HUNDERTUNDZWEITER BAND



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG · J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG · GEORG REIMER · KARL J. TRÜBNER VEIT & COMP
1934

Es wurden ausgegeben:

Heft 1/3 (S. 1—184) am 6. VIII. 1934
Heft 4/8 (S. 185—464) am 15. XI. 1934

Archiv-Nr. 58 05 34

Inhalt.

Originalien.

Bericht über das Irrenwesen des Auslandes.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Statistik.

Kleinere Mitteilungen.

Personalia.

Autoren-Register

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

OFFIZIELLES ORGAN DES
DEUTSCHEN VEREINS FÜR PSYCHIATRIE

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDZWEITER BAND
ERSTES BIS DRITTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 31. JULI 1934



BERLIN UND LEIPZIG 1934

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./3. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Personalia.

Kleinere Mitteilungen.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schuberlstr. 41, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Über Schwangerschaftsunterbrechung (medizinische und Rechtsfragen; historische und bevölkerungspolitische Betrachtungen; prophylaktische Maßnahmen).

Von

Georg Ilberg (Dresden).

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das vom 1. Januar 1934 ab im deutschen Reich gilt, bedeutet zweifellos einen beachtlichen rassehygienischen Fortschritt, wenn auch noch Einzelheiten und spätere Erfahrungen, die mit den physischen und psychischen Folgen der Sterilisation gemacht werden, weiter zu prüfen sind und zunächst eine vorsichtige Handhabung des Gesetzes nötig ist. Dieses Gesetz darf nicht — wie es anscheinend hier und da der Fall ist — zusammengeworfen werden mit den Vorschriften über die Schwangerschaftsunterbrechung (der Ausdruck ist nicht ganz richtig, denn es handelt sich doch nicht um eine Unterbrechung, sondern — abgesehen von der Vornahme einer Frühgeburt in den letzten Monaten — um Beseitigung, Tötung der lebenden Frucht!). Wer einen menschlichen Embryo in den ersten Wochen und später in den einzelnen Monaten an mikroskopischen Präparaten beobachtet, erhält einen tiefen Eindruck von dem unendlich feinen Kunst- und Wunderwerk, von dem nach weitschauendem Plane arbeitenden Walten der Natur, vom Fortschreiten der Entwicklung fast von Tag zu Tag, daß er am Leben eines solchen Gebildes nicht zweifeln kann und die Vernichtung eines derartigen im Entstehen begriffenen Meisterstücks nur mit tiefster Trauer erblicken muß. Solche Vernichtung hat in den letzten beiden Jahrzehnten schwerer wirtschaftlicher Not und, sagen wir es offen, ethischer Entartung einen außerordentlichen Umfang erreicht.

Schwangerschaftsunterbrechung wegen starker erblicher Belastung wird mit Rücksicht auf die Gesundheit des Kindes aus eugenischer Indikation gefordert; über deren Berechtigung wird man in besonders krassen Fällen reden können. Ist es doch natürlich nicht von Wert, daß ein Überschuß minderwertiger Kinder zur Welt kommt. Aus solchen Motiven erfolgte bisher die Schwangerschaftsunterbrechung übrigens nur selten,

wenn dies auch als Vorwand angegeben wurde. Tatsächlich aber werden durch die Schwangerschaftsunterbrechung sehr oft gesunde, durchaus hoffnungsvolle Früchte materiellen Prinzipien geopfert.

Um das mit großer Wahrscheinlichkeit verlorene Leben einer Mutter zu erhalten, um schwere Verschlimmerung einer bei einer Mutter bestehenden Krankheit zu verhüten, ist es natürlich sehr wichtig ist, daß der Arzt ein Verfahren zur Beseitigung der Frucht besitzt. Die Schwangerschaftsunterbrechung erfolgt dann aus medizinischer Indikation.

Aber leider werden Schwangerschaftsunterbrechungen sehr oft vorgenommen, obgleich es sich nicht um das Leben der Mutter oder um schwere Gefahren für sie oder das Kind durch Schwangerschaft oder Geburt handelt. Sehr oft werden derartige Operationen ausgeführt zur Verdeckung von Verfehlungen, aus falschem Mitleid und, was besonders verwerflich ist, gewerbsmäßig schnödem Gelderwerb zuliebe: krimineller Abort.

Schwangerschaftsunterbrechung geschieht oft, um die Nachkommenschaft unehelich Geschwängerter zu beseitigen. Wenn auch manchmal von dieser Nachkommenschaft nicht viel Erfreuliches zu erwarten sein wird, so liegt doch der Fall recht oft so, daß ein völlig gesundes Mädchen gelegentlich einem geistig und körperlich ebenfalls gesunden Werber gegenüber allzu nachgiebig war — dennoch kann hier natürlich eine durchaus einwandfreie Erbmasse vorhanden sein. Und recht oft kommt Schwangerschaftsunterbrechung bei verehelichten Frauen vor, die ebensowenig wie ihre Ehemänner erheblich krank oder durch eine Schwangerschaft oder Geburt gefährdet sind. Die Vernichtung solcher guten Erbmasse entzieht unserem Volkskörper jahraus jahrein sehr viele wertvolle Kräfte. Gründe der Schwangerschaftsunterbrechung sind zuweilen Scham, Reue, Furcht vor den Eltern, sehr oft Not, Armut, Erwerbslosigkeit, Verlust der Arbeitsmöglichkeit, bereits vorhandener reichlicher Kindersegen, Sorgen vor der Austragung infolge von Mittellosigkeit, Wohnungsschwierigkeiten. Dann spricht man von sozialer Indikation.

Hie und da ist das Motiv Furcht vor Verlust der schönen Figur, die vielleicht bei Künstlerinnen für den Beruf in Frage kommt. Manche jungen Frauen wollen nicht auf den geliebten Sport verzichten. Recht oft liegt Unlust vor, sich anstrengenden Bemühungen um ein Kind bei Tag und Nacht auszusetzen, recht oft überhaupt Bequemlichkeit, Indolenz, Mangel an Pflichtgefühl. Zureden des Schwängerers, der sich vor den Kosten fürchtet, Ratschläge der Freundinnen spielen oft eine Rolle. Kupplerinnen überreden erst zu Verfehlungen, schaffen hierzu günstige Gelegenheit und übernehmen dann die Beseitigung der unerwünschten Folgen. Gar

nicht selten wird die Schwangerschaftsunterbrechung von der Schwangeren selbst ausgeführt.

Insoweit es sich um Überwältigung und Notzucht handelt — was übrigens lange nicht so häufig ist, als es behauptet wird —, oder insoweit Blutschande vorliegt, oder wenn eine geisteskranke Person wohl gar durch einen geisteskranken Mann geschwängert wurde, ist zur Entscheidung über die Berechtigung einer Schwangerschaftsunterbrechung kaum der Arzt oder ein Konzilium von Ärzten allein berechtigt. Es ist vorgeschlagen worden, derartige Sachen bei einem Gerichtshof prüfen und entscheiden zu lassen, bei dem ärztliche Mitwirkung wohl nur in beschränktem Grade erforderlich ist.

Im Strafgesetzbuch von 1871 war jede Unterbrechung der Schwangerschaft in den §§ 218ff. verboten. Schon lange weiß man aber, daß medizinische Indikationen anerkannt werden müssen, die mit Rücksicht auf das bedrohte Leben und die schwer bedrohte Gesundheit der Mutter den Arzt zur Schwangerschaftsunterbrechung zwingen. Gerichtlicherseits ist das schon immer anerkannt worden. Auch liegen entsprechende Reichsgerichtsentscheidungen vor.

Infolge der großen Wirtschaftsnot der Zeit, auch mit Rücksicht auf die vielfache Erwerbstätigkeit der Frau und ihre Beteiligung im öffentlichen Leben, wurde die Erlaubnis der Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialer Indikation in der schweren Zeit der vergangenen Jahre immer dringender gefordert, sogar von ganzen Parteien. Aber auch im neuen Strafgesetzentwurf ist sehr richtig die soziale Indikation nicht gestattet worden und auch noch nicht die eugenische. Man hat jedoch in den §§ 254ff. die medizinische Indikation formuliert, und sie ist erfreulicherweise bereits offiziell zugelassen. Nach der herrschenden Ansicht können soziale und eugenische Gesichtspunkte nur in Verbindung mit klaren medizinischen Gründen berücksichtigt werden; wenn letztere fehlen, so ist die Fruchtabtreibung völlig gesetzwidrig. Gesetzwidrige Fruchtabtreibungen sind aber, wie wir sehen werden, keineswegs selten, sondern bedauerlicherweise ungemein häufig.

Differentialdiagnostisch ist es beachtlich, daß sich Aborte, so nennt man eben Schwangerschaftsunterbrechungen bis zur 28. Woche, auch ohne irgend welches Zutun von selbst spontan ereignen. Der dem künstlichen Abort, der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung gegenüberstehende spontane Abort erfolgt oft aus unbekannter Ursache — besonders in den ersten Wochen oder Monaten. Der spontane Abort tritt bei verschiedenen Krankheiten ein, z. B. bei Erkrankungen von Herz und Nieren, bei Zuckerkrankheit, perniziöser Anämie, bei Infektionskrankheiten der Mutter, z. B. bei Typhus, Cholera, Malaria, Pocken, Grippe,

Lungenentzündung, Syphilis, Tuberkulose. Ursache können ferner Erkrankungen der Eierstöcke, der Eileiter, der Gebärmutter, abnorme Einpflanzung des Mutterkuchens (Placenta prävia), Degeneration der Eihäute sein; auch Schreck (Beschießung von Straßburg 1870 und Erdbeben in Nürnberg 1911) oder heftige Erschütterungen des Leibes bei Unfall, übertriebenem Sport, körperlicher Überanstrengung, schwerem Heben, auch Gasvergiftung, Beschäftigung mit Blei oder Quecksilber kommen unter besonderen Umständen in Betracht. Ereignen sich spontane Aborte des öfteren bei einer Frau, so spricht man von habituellem Abort. Auf den spontanen Abort braucht hier nicht eingegangen zu werden.

Trotz der bestimmten Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung bei nicht strenger medizinischer Indikation durch die alten wie die in Aussicht genommenen neuen Paragraphen des StGB. haben die Abtreibungen in Deutschland wie in anderen Ländern von Jahr zu Jahr enorm zugenommen. Schon 1927 rechnete der Berliner Gynäkologe Professor *Liepmann* mit jährlich 500000 Fehlgeburten, von denen 400000 Abtreibungen darstellten. Die Sterblichkeit bei letzteren betrage 5%; an den Folgen der künstlichen Aborte stürben in Deutschland jährlich ca. 25000 Frauen! Der Freiburger Gynäkologe Professor *Pankow* berichtete 1928 ebenfalls, daß in Deutschland alljährlich mindestens 25000 Frauen an den Folgen der Schwangerschaftsunterbrechung zugrunde gingen. Wenngleich deshalb viele Ärzte für Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialer Indikation wären — damit diese Operation im wesentlichen in ärztliche Hände gegeben werde —, sei die Gefahr einer solchen Freigabe nicht gering: die Geschlechtskrankheiten würden sich ungemein vermehren, der Geburtenrückgang würde außerordentlich zunehmen. Schwangerschaftsunterbrechung sei nach wie vor nur zu gestatten, wenn die diese Frage entscheidenden Ärzte nach sorgfältigster und gewissenhaftester Prüfung jedes einzelnen Falles zu der Überzeugung gekommen seien, daß eine ernste Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Mutter auf andere Weise nicht abgewendet werden könne. — *Bendix* nimmt in seinem Buch: Schwangerschaftsunterbrechung im deutschen Reich 1930 eine Million von alljährlich erfolgenden Schwangerschaftsunterbrechungen an, von denen ein Fünftel von Ärzten ausgeführt werde. — *Kolle*-Kiel berichtete 1931, Kenner schätzten die Zahl der in Deutschland faktisch vorgenommenen Abtreibungen auf alljährlich 1—1½ Million!

In seinem 1927 erschienenen Lehrbuch der Geburtshilfe schrieb Professor *Zangenmeister*-Königsberg, daß nur 10% der künstlichen Aborte medizinisch indiziert seien, während 90% von verschiedenen Seiten aus wissenschaftlich nicht anerkannter Indi-

kation — also unberechtigt und strafbar — vorgenommen würden. In der Hand des Facharztes, in der Klinik betrage die Mortalität nur 0,5%, in der allgemeinen Praxis seien die Resultate viel schlechter — auch infolge hier recht oft erfolgender Verletzung der Geburtsteile. In der allgemeinen Praxis stelle sich die Mortalität dreimal so hoch als in der Klinik. Die Mortalität der kriminellen Fälle, bei denen übrigens die Schwangeren infolge vollständiger Mittellosigkeit die Abtreibung nicht selten selbst bewirkten, oder wobei gewissenlose Hebammen, Kurpfuscher und Laien mitwirkten, betrüge 5% und mehr.

Wie sehr die Zahl der Aborte die der Geburten an manchen Stellen überwiegt, ergab z. B. die Statistik eines feinmechanischen Betriebes mit 7000 Arbeiterinnen, in welchem sich im Jahre 1927 148 Geburten und 724 Aborte ereigneten!

Aber die Schwangerschaftsunterbrechungen haben keineswegs nur unmittelbare gefährliche Folgen. Allerlei Krankheiten bedrohen die Frauen auch für die Zeit nach solchen Operationen und Manipulationen. Ein außerordentlich großer Prozentsatz aller Frauenkrankheiten wird auf die Folgen vorausgegangener Schwangerschaftsunterbrechung zurückgeführt. Diese Folgen haben die deutschen Gynäkologen längst erkannt. Sie sind z. B. in dem Bericht des Direktors der Universitätsfrauenklinik Leipzig, Professor Dr. *Sellheim*, dargelegt, die einer Denkschrift des Sächsischen Landesgesundheitsamtes vom Jahr 1928 an den sächsischen Landtag über die Ursache der Zunahme des Kindbettfiebers, insbesondere über die Frage, ob durch eine Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung durch Ärzte ein Rückgang dieser Erkrankung zu erwarten sei, beigefügt ist. Es hatte damals der Haushaltungsausschuß des sächsischen Landtags die Freigabe des sozialen Aborts von der Reichsregierung verlangt; auch die Berliner Ärztekammer hatte dieselbe Forderung nur mit geringer Mehrheit abgelehnt. Professor *Sellheim* plädierte in seinem geradezu klassischen Bericht vor allem für Stärkung des Verantwortlichkeitsgefühls des Sexualverkehrs und seiner Folgen und für großzügige Fürsorge und Staatsbeihilfe für den Rest von unverantwortlich erzeugten Kindern. Das Landesgesundheitsamt warnte in seiner Denkschrift a u f d a s e r n s t l i c h s t e vor Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialer Indikation — w e n n a u c h lediglich durch Ärzte.

In demselben Jahre fand eine Besprechung der Abtreibungsfrage in der Juristisch-medizinischen Gesellschaft zu Leipzig statt. Senatspräsident Dr. *Lobe* ging hierbei davon aus, daß die Abtreibung sowohl für das Leben der Frau wie für ihre Gebärfähigkeit gefährlich sei. Der Eingriff sei nicht nur Verletzungsdelikt, nicht nur Tötung eines werdenden Menschen, auch Ge-

fährdungsdelikt hinsichtlich der Gebärfähigkeit der Frau und der Volkskraft. Es solle angeordnet werden, daß, wenn keine Gefahr im Verzug vorliege, Abtreibungen nur von einem Arzt in der Klinik vorgenommen werden dürften. Bei Notzucht und Blutschande seien richterliche Feststellungen und Genehmigung durch die Vormundschaftsrichter notwendig; hier könne evtl. Fruchttötung berechtigt sein. Alle anderen Gründe seien abzulehnen. —

Der Geschäftsausschuß des Deutschen Ärztetages empfahl bezüglich Schwangerschaftsunterbrechung den Beschluß, jede Standesvertretung solle eine Anzahl von Ärzten bestimmen, aus denen ein beratender zweiter Arzt zu wählen sei bzw. solle ein besonders kundiger Arzt bestimmt werden. Das Ergebnis der Beratung sei protokollarisch festzulegen und das Protokoll der Ärztekammer oder der Standesorganisation zu übergeben, deren Vorsitzende Einsicht zu nehmen und das Entsprechende zu veranlassen hätten; 10 Jahre seien diese Protokolle aufzuheben. Die Ärztekammern nahmen diese Vorschläge meistens an und forderten sogar statt 1 begutachtenden Arztes mindestens 2, unter denen sich der vorbehandelnde Arzt befinden müsse; jeder der 2 oder 3 Ärzte habe ein besonderes, ausführlich begründetes Gutachten beizulegen.

Papst Pius XI. hat sich in einer Enzyklika über die christliche Ehe in Hinsicht auf die gegenwärtigen Verhältnisse, Bedrängnisse, Irrtümer und Verfehlungen in Familie und Gesellschaft (casti connubii vom 31. Dezember 1930) mit dem Kampf gegen das keimende Leben beschäftigt, nennt es ein schweres Vergehen, das das Leben des Kindes im Mutterschoße bedrohe, und bezeichnet die Schwangerschaftsunterbrechung als gegen Gottes Gebot und die Stimme der Natur. Unter dem Vorwand, Heilmaßnahmen zu treffen, oder aus falsch verstandenem Mitleid dürfe man weder auf den Tod der Mutter noch des Kindes abzielen. Alles das sei ebenso zu verurteilen, wie der Heilige Augustinus es verurteilt habe, daß man mit Gifttränken Unfruchtbarkeit herbeizuführen suche und, wenn diese keinen Erfolg hätten, auf irgendeine Weise die Frucht im Mutterschoße vernichten und entfernen wolle. — (Katholische Ärzte dürften durch die Nichtanerkennung der medizinischen Indikation in große Gewissenbedrängung gebracht werden, wenn das Leben und die Gesundheit ihrer Patientin durch eine Schwangerschaft ernstlich bedroht ist.)

(Die bei der Schwangerschaftsunterbrechung in Frage kommenden anatomischen und pathologisch anatomischen Verhältnisse sind den Ärzten bekannt, für die Juristen wurden sie gelegentlich eines Vortrags in der Forensisch-psychiatrischen Vereinigung zu Dresden an Zeichnungen und Präparaten erläutert.)

Beim kriminellen Abort werden mechanische und innere Fruchtabtreibungsmittel angewandt.

Bei der mechanischen Fruchtabtreibung werden namentlich stabförmige Körper verschiedener Form und Herkunft in die schwangere Gebärmutter eingeführt; hierdurch werden Wehen hervorgerufen. Die Schwangeren selbst verwenden zu diesem Zweck Haarnadeln, hölzerne und andere Stricknadeln, Holzspäne, Bleistifte, Gänsefederkiele, harte Wurzeln, Phosphorzündhölzchen u. dgl. Die gewerbsmäßigen Abtreiber bedienen sich z. B. weicher Katheter mit Drahteinlage oder der längeren männlichen Metallkatheter, neuerdings namentlich der elastischen Katheter. Beim tieferen Einschieben solcher Instrumente kommt es zur Ablösung der Eihäute von der Gebärmutterschleimhaut und dadurch zu Blutungen. Befindet sich die Schwangerschaft schon in ihrer zweiten Hälfte, so ist die Frucht von einer größeren Blase umgeben, die mit Flüssigkeit (Fruchtwasser) gefüllt ist, in der sie schwimmt. Werden in dieser Periode mechanische Unterbrechungsversuche unternommen, so wird die Eihaut durchstochen, die Blase springt, das Fruchtwasser fließt ab, die Frucht wird ausgestoßen, kann aber vom achten Monat ab eventl. am Leben erhalten werden.

Bei mechanischen Abtreibungen, die oft rücksichtslos und roh ausgeführt werden, kommt es nun gar nicht selten zur Verletzung der inneren Organe: der Scheide, des Scheidengewölbes, der Gebärmutter sowohl an ihrem vorderen Teile, dem Muttermund, als an ihrem Hauptteil, dem Fundus. Die Uteruswand ist nicht selten durchstoßen worden; ja das eingeführte Instrument drang aus den Geschlechtsteilen in die Harnblase, in den Mastdarm, in das Beckenzellgewebe ein; es ist vorgekommen, daß sogar das Zwerchfell durchstoßen wurde. Derartige Verletzungen sind wohl früher schlimmer gewesen als jetzt — die Abtreiber haben etwas gelernt. Es kommt aber auch jetzt noch vor, daß Katheter, Stricknadeln, Häkelnadeln u. dgl. bei der Sektion in den inneren Organen aufgefunden werden. — Die Ausstoßung der Frucht tritt nach solchen Manipulationen oft prompt ein. Ist das nicht der Fall, so lassen die Abtreiber den elastischen Katheter oder andere Instrumente 1—2 Tage im Gebärmutterhals liegen, nachdem sie ihn durch in der Scheide angebrachte Wattetampoms fixiert haben. Oft reden sich die Abtreiber damit heraus, daß sie nur eine Scheidenspülung vorgenommen hätten, und unerfahrene Frauen können später schwer aussagen, ob dies richtig ist, oder ob, was als Abtreibungsmittel ebenfalls oft angewendet wird, Einspritzungen in die Gebärmutter gemacht worden sind. Solche Einspritzungen zum Zwecke der Abtreibung werden mit lauem Wasser, Seifenwasser, Essig- oder

Salzwasser gemacht, mit Lösungen von Sublimat, Karbolsäure, Lysol, mit Tabakaufguß, mit Petroleum, Persil, Jodtinktur, Glyzerin. Einspritzungen mit heißem Wasser haben schreckliche Verbrühungen der Scheide und der Gebärmutter hervorgerufen. In der Lösung enthaltene giftige Stoffe werden aufgesaugt, gelangen ins Blut und entfalten ihre verderbliche Wirkung im ganzen Körper. Der chemische Reiz der Einspritzungsmittel ruft Wehen hervor, und ebenso bewirkt der mechanische Reiz Wehen und durch den Druck der Flüssigkeit Ablösung der Eihäute von der Gebärmutterschleimhaut. Nicht selten kommt es nach Einspritzungen zur Aufsaugung von Luft in die Blutgefäße und zu Luftembolie, was den Tod bedeutet. Solche Einspritzungen nehmen die Schwangeren oft selbst vor.

Und auf viel rohere Art und Weise sucht man auf mechanischem Wege die Frucht abzutreiben: mit Stößen und Schlägen auf den Leib, mit Einstemmen der Fäuste ins Becken, mit Knetung und starker Massage der Gebärmutter, zuweilen kombiniert mit intrauterinen Eingriffen, mit forciertem Coitus u. dgl. Einführung von Elektroden in den Gebärmutterhals, Röntgenbestrahlung sind nicht immer ohne Einfluß, ebensowenig heftige psychische Insulte, Sichhinfallenlassen, anstrengende körperliche Arbeit, gymnastische Übungen. Im Frankenwald sollen die Mädchen nasse Wäsche kräftig auswinden, mit den Armen hoch hinauflangen, auf holprigen Wegen fahren, dauernd hungern, um abzutreiben. Die Lage des Embryo ist von der Natur sehr weise geschützt; belanglos sind solche rücksichtslosen mechanischen Erschütterungen jedoch auf ihn nicht. Neuerdings hat man innerlich an den Gebärmuttermund auch verschiedenartige Salben gebracht, und zwar mit dem beabsichtigten Erfolg.

Die gefährlichste Nachwirkung aller mechanischen Abtreibungen und Abtreibungsversuche beruht auf Infektion. Die Instrumente werden oft mangelhaft desinfiziert oder ganz undesinfiziert eingeführt, sind auch zum Teil schwer sterilisierbar. Der Mutterkuchen hat am Ende des ersten Monats etwa die Größe eines Pfennigstücks, um dann von Monat zu Monat bis zu einer handgroßen und größeren Scheibe zu wachsen. Bei der Ausstoßung der Frucht entsteht an der Stelle, wo der ihr bald nachfolgende Mutterkuchen angewachsen war, eine beträchtliche offene Wunde, in welche eingeführte oder manchmal auch in der Scheide oder im Gebärmutterkanal enthaltene Bakterien eindringen können. Es kommt dann an Ort und Stelle zur Eiterung, die auf die Eileiter und das Bauchfell übergehen und sowohl örtlich beschränkte schwere Unterleibsleiden als höchst gefährliche allgemeine Blutvergiftung, Tetanus und tötlichen Ausgang zur Folge haben kann. Ein Achtel aller chronischen Unter-

leibsleiden der Frauen werden nach Professor *Zangenmeister* durch Schwangerschaftsunterbrechungen hervorgerufen; 10%! der Frauen, welche abortiert haben, werden dauernd unfruchtbar!

Früher waren innere Abtreibungsmittel beliebter als jetzt; sie kommen aber noch oft zur Anwendung. Viele der gebrauchten inneren Mittel sind wirkungslos; gar manche aber sind nur wirksam und gefährden in den Dosen, in denen sie die Ausstoßung der Frucht bewirken, das Leben der Mutter durch Vergiftung. Hier sind zu nennen Kanthariden, Mutterkorn, Blei, Quecksilber, Arsen, Antimon, Phosphor, Jod, Strychnin, Pilokarpin, Nikotinlösung, Chininlösung, Pituitrin (das Präparat einer Hirndrüse), Schilddrüsenextrakt, Apiol (ein Petersilienpräparat). Gar viele andere Abtreibungsmittel sind volkstümlich. Bald mehr, bald weniger wirksam sind Wachholder, Taxus, Thuja, Muskatnuß, Purgen u. a. Drastika, Myrrhe, Raute, Minze, Rosmarinöl, Sabina, Terpentinöl, größere Mengen von Branntwein, Kochsalz, Essig usw.; auch Schießpulver wurde innerlich verwendet. Verschiedene gynäkologische Kliniker heben hervor, daß das meiste bei allen Schwangerschaftsunterbrechungen im Verborgenen geschieht, daß die Statistik der Kliniken und die Kriminalstatistik nur einen kümmerlichen Rest der tatsächlich vorkommenden Abtreibungen darstellt. Zur Abhilfe dieses Mißstandes fordert *Straßmann*, Professor der gerichtlichen Medizin in Berlin, genauere Ausstellung von Totenscheinen, da die Todesursache auf diesen nicht selten verschleiert werde, obwohl nach der Vorschrift alle septischen Aborte angezeigt werden müssen. Der Prof. der gerichtlichen Medizin *Pietruski*, gab an, daß, als angeordnet wurde, alle in Breslau und Halle an Unterleibsleiden, Bauchfellentzündung und Sepsis im zeugungsfähigen Alter gestorbenen Frauen zu sezieren, die Zahl der infolge kriminellen Aborts hervorgerufenen Todesfälle auf das achtfache stieg; bei 15% handelte es sich um Selbstabtreibung. An erster Stelle der Lohnabtreiber standen frühere Habammen. Methode meist Seifenwassereinspritzung. Todesursache meist Peritonitis, Sepsis, Luftembolie, Verblutung. Grund: soziale und ethische Mißstände.

Wenngleich die Zahl der festgestellten Fälle von kriminellem Abort eine viel zu kleine ist, zeigt die Kriminalstatistik trotzdem eine bedeutende Zunahme: 1885 wurden 243 Personen wegen Fruchtabtreibung in Deutschland bestraft, 1924 waren es nach den Berichten des Berliner Gynäkologen *Genss* 5296. Die Kriminalstatistik umfaßte nach *Fischlinger* 1912 2,8% Abtreibungen, 1923 7,6%, 1927 11%.

Was die Fehlgeburtenzahl bei Verheirateten und Unverheirateten anbelangt, so berichtet *Roesle*-Magdeburg, daß bei 1000 Frauen im Alter von 15—45 Jahren im Jahre 1913 26,5 Fehlgeburten bei

Verheirateten und 6,8 bei Unverheirateten und im Jahre 1927 21,8 Fehlgeburten bei Verheirateten und 13,8 bei Unverheirateten vorkamen. — Von 1925—1927 betrafen den unverheirateten Abortierenden 28% Arbeiterinnen, 21% kaufmännische und technische Angestellte, 19% Haus- und Dienstmädchen. — Die meisten Aborte fielen 1924—1927 in Magdeburg auf die Monate Januar, Februar und März. Von 4396 Fehlgeburten mit bekannter Schwangerschaftsdauer standen in Magdeburg 6,4% im ersten Monat, 8% im zweiten Monat, 65% im dritten und vierten Monat, 16% im fünften Monat, 7% im sechsten und 3% im siebenten Monat. — Die niedrigste Zahl der Fehlgeburten Verheirateter betraf die erste Schwangerschaft, vier- bis fünfmal so hoch war die Zahl bei der vierten und öfteren Schwangerschaften; die höchste Zahl der Fehlgeburten Unverheirateter betraf die erste Schwangerschaft, die Zahl fiel hier ständig bis zur vierten Schwangerschaft. — Von der fünften Schwangerschaft an war in den Jahren 1925 bis 1927 bei Verheirateten die Zahl der Fehlgeburten ebenso hoch wie die Zahl der ausgetragenen Schwangerschaften.

Hinsichtlich der Verteilung auf die religiösen Bekenntnisse berechnete *Lewin*, daß im Jahre 1883 115 Protestanten, 49 Katholiken und zwei Juden und im Jahre 1917 467 Protestanten, 351 Katholiken und acht Juden wegen gesetzwidriger Schwangerschaftsunterbrechung verurteilt wurden.

Wenn wir Ärzte hilfesuchenden Schwangeren mangels genügender medizinischer Begründung die Schwangerschaftsunterbrechung oft ablehnen müssen, so wissen wir doch recht wohl, daß der gewünschte Zweck recht häufig leider doch erreicht wird. So hat Frau Dr. med. *Klara Bender* auf dem Kongreß der internationalen kriminalistischen Vereinigung im Jahre 1932 in Frankfurt a. M., als sie für völlige Freigabe der Abtreibung plädierte, den Standpunkt vertreten, jede Mutter könne von RM. 50.— an aufwärts einen Abtreiber finden, am Ende sogar auch einen Arzt. Die Abtreibung sei also eine reine Geldfrage, und das Gesetz gegen die Abtreibung sei ein Klassengesetz gegen die Armen. Prof. *Liepmann* berichtete dagegen, daß von 500 Frauen, bei denen das Deutsche Institut für Frauenheilkunde die Schwangerschaftsunterbrechung ablehnte, zwar 67% abgetrieben hätten; aber gerade die Ärmsten unter ihnen hätten ausgetragen. *Rodecurt* stellte katamnestisch fest, daß von 35 den verschiedensten Gesellschaftsklassen angehörenden Frauen, deren Gesuch um Abtreibung abgewiesen worden war, nach einiger Zeit alle abgetrieben hatten außer einer, die sich das Leben nahm. Zehnmal war die Operation durch praktische Ärzte, zwölfmal durch Gynäkologen, zweimal durch Studenten der Medizin, zweimal durch den Freund oder Bräutigam, einmal durch die Tochter, zweimal

durch Hebammen, einmal durch die Schwangere selbst vorgenommen worden; viermal war der Ausführende nicht festzustellen. Zwei dieser Personen waren an Sepsis gestorben, zwei waren wegen doppelseitiger Adnextumoren kastriert worden, vier waren seit Monaten krank (Zentralblatt f. Gynäkologie 1931). Auch der Psychiater *Kolle*-Kiel teilt mit, daß in den Jahren 1929/30 von 38 derartigen Anträgen an die psychiatrische Klinik aus medizinischer Indikation nur drei ausgeführt werden konnten. 23 der Abgewiesenen ließen den Abort dennoch vornehmen; nur 12 trugen aus. Dankenswerterweise hat man sich in Kiel übrigens nicht nur auf die Ablehnung beschränkt, sondern durch psychotherapeutische Aussprache Einfluß auszuüben versucht. *Kolle* empfiehlt, die ganze Lebenssituation, der die Schwangere gewachsen sein solle, gründlich mit ihr durchzuarbeiten und ihr zum Erlebnis des Mutterglücks zu verhelfen. — In England hat *Andrews* in psychologischer Hinsicht berichtet, daß die Frauen in Angst vor der Entbindung leicht auf den Gedanken einer Unterbrechung kämen, daß die Zahl derjenigen, bei denen das Fortbestehen der Schwangerschaft Leben und Gesundheit gefährdet, aber gering sei. Erfahrungsgemäß seien die Frauen auch leicht davon zu überzeugen, daß Unterbrechung in ihrem Falle nicht angezeigt sei. Es müsse doch ein großer Unterschied gemacht werden zwischen dem Rat gegen eine zukünftige Schwangerschaft und der Vernichtung eines Lebens, das bereits begonnen habe.

Über die Geschichte der Fruchtabtreibung ist mancherlei bekannt. Nach dem alten Gesetzbuch der Perser »Vendidad« wurden Mädchen oder Frauen sowie ihre Schwängerer und auch die die Abtreibung vornehmenden alten Frauen bestraft. Bei den Griechen wurden zur Zeit des Hippokrates (460—377 v. Chr.) offenbar Abtreibungen vorgenommen, z. B. von öffentlichen Mädchen. Deshalb verpflichtete Hippokrates in dem berühmten Eid, den die Ärzte schwören mußten, diese dazu, keiner Frau ein Abortivmittel (Pesson phthorion) zu verabreichen. In einer nicht von Hippokrates selbst herrührenden Schrift aus dieser Zeit wird von einer Abtreibung berichtet: Eine Harfenspielerin mußte im Sprung die Fersen ans Gefäß anschlagen; bei der 7. Sprungübung fiel der Embryo zu Boden. Plato (427—347 v. Chr.) gestattete den übrigens damals recht gut ausgebildeten Hebammen, Abtreibung der Frucht vorzunehmen, wenn ihnen dies nützlich erscheine. Aspasia, eine berühmte Ärztin, ließ behufs Abtreibung schwere Lasten heben und heftige Bewegungen machen, beförderte durch Decocte die Absonderung von Urin und von Menses, entleerte den Leib durch bittere Infuse und wandte warme Bäder und Einreibungen des Unterleibs an. Aëtius suchte in gewissen Fällen die Geburt im 3. Schwangerschaftsmonat mit starken Aderlässen, Nießmitteln und reizenden Pessarien hervorzurufen; er kannte die Gefahren des engen Beckens. Aristoteles (384—322 v. Chr.) faßte das Herbeiführen einer Fehlgeburt oder Frühgeburt als ein zulässiges Verfahren auf, wenn dadurch das Gemeinwohl vor zu großem Kindersegen

wenig bemittelter Familien und den hieraus entstehenden Kosten bewahrt werden soll; nur durfte das Kind noch nicht lebensfähig sein. Der zur Kaiserzeit lebende berühmte Gynäkologe Soranos von Ephesos ließ bei engem Muttermund, Geschwulst oder Kleinheit des Uterus, auch bei toter Frucht den Mutterleib durch Binden komprimieren, gab Brechmittel, Klystiere und legte auch einen aus Medikamenten hergestellten Pessos ein. — Im alten Testament ist von Fruchtabtreibung nur wenig zu finden. Im zweiten Buch Moses ist erwähnt, daß Geldstrafe berechtigt sei, wenn eine schwangere Frau beim Streit der Männer verletzt werde und ihr hierdurch die Frucht abgehe, insofern ihr kein anderer Schaden entstünde. Im letzteren Falle sei der Schuldige nach dem Gesetz: Auge um Auge, Zahn um Zahn, zu bestrafen. — Abtreibungsmittel waren bei den alten Hebräern streng verboten. Flavius Josephus berichtet, daß Abtreibung bei ihnen als Kindesmord aufgefaßt und mit dem Tode bestraft worden sei. — Im alten Rom wurden zu den Kaiserzeiten Abtreibungen offenbar häufig vorgenommen, in der Regel durch Hebammen. Vornehme Frauen wollten ihre Schönheit erhalten und im freien Genuß des Lebens nicht durch Schwangerschaft, Geburt und Kindererziehung gestört werden. Seneca (4 v. Chr. — 65 n. Chr.) rühmt seine Mutter, daß sie nicht zu denen gehört habe, welche hoffnungsvolle Früchte in ihren Eingeweiden selbst töteten. In Ovids Liebesgesängen II, 14. Elegie heißt es:

Was durchwühlt ihr den Leib mit hineingeworfenen Geschossen
Und gebt grausiges Gift noch nicht Geborenen ein? — — —
Tig'rinnen haben das nicht getan in Armeniens Klüften;
Keine Löwin auch hat Junge zu töten gewagt.
Das tun aber, jedoch nicht straflos, zärtliche Mädchen;
Oft trifft sie, die die Frucht töteten, selber der Tod.
(Hoc neque in Armeniis tigres fecere latebris:
Perdere nec fetus ausa leaena suos.
At tenerae faciunt-sed non impune-puellae:
Saepe, suos uteros quae necat, ipsa perit!)

Die Gesetze der alten Römer verboten die Kindesabtreibungen nur, wenn strafbare Zwecke damit verbunden waren. Cicero (106—43 v. Chr.) verhandelte einen solchen Fall in seiner Rede pro Cluentio lediglich vom Gesichtspunkt der Eigentumsbeschädigung. Auch Juvenal (60—130 n. Chr.) bedauert in einer seiner Satiren, daß reiche Römerinnen sich der Frucht berauben und das Kind in ihrem Schoße für Geld durch giftige Gemische umbringen ließen. Moschion aus Nordafrika stellte im zweiten Jahrhundert n. Chr. zum erstenmal medizinische Indikationen für die Schwangerschaftsunterbrechung auf. Der Kirchenvater Tertullian (140—220 n. Chr.) klagt darüber, daß das Ostium uteri vellicatur mit Pessariis ex acri medicina confectis und die Frucht dann mit dem »Embryosphakter« getötet werde, ein Instrument, das übrigens bis in spätere Jahrhunderte in Anwendung war. Kaiser Septimius Severus (146—221 n. Chr.) setzte lediglich wegen des dem Ehemanne erwachsenden Schadens Verbannung einer Kindesabtreiberin fest. Das Rechtsbuch des Kaisers Justinian (483—565 n. Chr.) sah Strafen für den gewerbsmäßigen Verkauf von Liebestränken und Abtreibemitteln vor, erwähnt jedoch das Objekt solchen Handelns, die abtreibende Schwangere, nicht. — Was die Germanen anbetrifft, so rühmt Tacitus, daß

sie es für verbrecherisch hielten, die Zahl der Kinder herabzusetzen. Die Fruchtabtreibung war ihnen aber bekannt, und z. B. bei den Friesen straflos. Die christlichen Lehrer, speziell die Kirchenväter, erklärten die Abtreibung auf der ersten konstantinopolitanischen Synode geradezu als Mord. Augustinus war für Geldbuße bei Abtreibung bis zur 40. Schwangerschaftswoche, bis wohin er die Frucht als unbelebt bezeichnete, aber für Todesstrafe bei Abtreibung einer älteren Frucht. Das alemannische Recht des 683 gestorbenen Frankenkönigs Dagobert bestrafte lediglich den, der eine Schwangere abortieren machte, und zwar höher, wenn es eine weibliche Frucht betraf. Die bavarischen Gesetze des 7. Jahrhunderts bestraften Mitschuld an der Fruchtabtreibung mit 200 Geißelhieben und die Mutter mit Sklaverei; starb diese, so wurde der Mitschuldige mit dem Tode bestraft. Papst Stephan V. schrieb 886: Ille, qui conceptum in utero per abortum deleverit, homicida est. Hebammen und Bader waren es, die im Mittelalter Aborte einleiteten. In der peinlichen Halsgerichtsordnung Kaiser Karls V. von 1583 heißt es: So jemand einem Weibsbild durch Bezwang, Essen oder Trinken ein lebendig Kind abtreibt — vorsätzlich und boshafterweise — soll er als Totschläger mit dem Schwerte, die Frau, so sie es auch an ihr selbst täte, ertränkt oder sonst zu Tode bestraft werden. War das Kind noch nicht lebendig, so war Rat zu pflegen mit den Rechtsverständigen. Als Abtreibungsmittel waren im 16. Jahrhundert üblich: Rauch von Hufen, von Esels- oder Taubenmist an den Unterleib geleitet, Wein mit Asa fötida, Myrrhe, Abkochungen von Feigen, von Raute. Eingelegt wurden Wolletampons mit Kuhgalle, Gartenkresse, Rautensaft, Aristologia. Milch einer anderen Frau wurde getrunken. Im sächsischen Kodex Augusteus 1724 heißt es: Wann vorsätzlich durch Geträncke oder sonsten Leibesfrüchte, die da im Mutter-Leibe lebendig gewesen, abgetrieben, so soll die Missetäterin am Leben, und die so dazu mit Tränckеn oder in anderer Gestalt geholfen, mit dem Schwerdt bestraffet werden. Da aber die Frucht nicht gelebet und solches noch unter der Hälfte, nach der Empfängnis geschehen, oder aber das, was zum Abtreiben genommen, keine Würkung gehabt oder das Abgetriebene kein Kind gewesen; So soll sie willkürlich mit Staupenschlägen, Verweisung oder Gefängnis nach Gestalt der Verbrechung gestraffet werden. — Das Josephinische Gesetz in Österreich erließ dann mildere Bestimmungen (1787). Die Mutter bekam einen Monat bis fünf Jahre hartes Gefängnis, Mitschuldige erhielten milderes Gefängnis. Auch das Preußische Landrecht von 1794 war im Vergleich zur Vorzeit milder: wer ein Mittel zur Abtreibung anwendet, verwirkt Zuchthausstrafe von sechs Monaten bis einem Jahr, bei wirklich vollbrachter Abtreibung innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate zehn Monate bis ein Jahr Zuchthaus. Helfer wurden in gleicher Weise bestraft; bei mehrfacher Ausübung bekamen sie noch Staupenschläge. — Jörg berichtete 1827 in seiner Schrift »die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren und Gebärenden«, daß es unter den bei der Kreierung zum Dr. med. und chir. zu beschwörenden Artikeln nunmehr heiße: Se mulieribus, graviditatem dissimulantibus et fötum amovere capientibus, neque ad venaesectionem et purgationem intempestivam, aut ad emmenagoga, auctorem futurum. Da die Geburtshilfe aber auch nicht promovierte Ärzte und Chirurgen ausüben durften, wurde in deren Eid der Satz eingeschoben: Der Geburtshelfer wolle sich jedes Rathes oder jeder täthlichen Unterstützung bei doloser Abtreibung

von Leibesfrüchten enthalten. — Der Gynäkologe Wenzel hatte 1818 gefordert, daß es dem großen Haufen geburtshilflicher Techniker nur unter »polizeylicher Fürsorge« erlaubt sein solle, die Operation der künstlichen Frühgeburt vorzunehmen. *Reisinger* empfahl dagegen 1820 die Beratung von zwei Ärzten oder höheren Chirurgen. Die Anwendung aller Gifte und der gefahrvollsten Technizismen als Heilmittel wären doch den Ärzten und Chirurgen ohne Polizeikontrolle anvertraut, warum dann nicht auch die künstliche Frühgeburt?

In einer 1883 erschienenen Arbeit zur Geschichte, Verbreitung und Methode der Fruchtabtreibung hat *Ploß* eine ethnologisch höchst interessante Studie geliefert. Es würde zu weit führen, auf Einzelheiten einzugehen, es sei nur erwähnt, daß es in Asien und Afrika, auch in Australien Stämme gibt, bei denen der Abort unbekannt ist bzw. bestraft wird. In Kalifornien ist man gegen ihn energisch vorgegangen. Verschiedenen Negerstämmen gewährt Kindersegen die reinste Freude, den Negern an der Loangoküste ist Abtreibung völlig unbekannt. Die Papuas in Australien treiben ab, wenn zwei Kinder da sind, oft mit Schnüren eines Rohrbandes um den Leib, mit Fußtritten, mit Verschlingen siedender Bananen. In Kamtschatka kommt es nicht selten dadurch zum Tod der Mutter, daß das Kind im Mutterleib manuell tot gedrückt wird. Manche afrikanischen Stämme, auch die Hereros, schlagen zum Zweck der Abtreibung den Leib mit Steinen und genießen große Dosen von rotem Pfeffer.

Auch in verschiedenen Werken über Sittengeschichte findet man Berichte über Schwangerschaftsunterbrechungen in außereuropäischen Staaten. Oft spielt der Aberglaube eine große Rolle; die allernurerdenklichsten inneren Mittel werden angewandt. Aber auch der Eihautstich ist keineswegs unbekannt; z. B. bedienen sich seiner Hebammen und Barbierfrauen bei den Hindus. In Indien, wo der Abort ungemein häufig sein soll, wird zuweilen eine zugespitzte harte Wurzel mit großer Gewalt in den Uterus geschoben, was manche Mutter mit dem Leben bezahlt hat. Während die besseren Gesellschaftsklassen in Japan die künstliche Erregung des Abortes für eine Schande halten, soll sie bei unverheirateten Frauenspersonen und bei Verheirateten niederer Stände sehr im Schwung sein. Wenn der Fremde seiner Geisha mitteilt, daß er kein Kind wünsche, führt diese im vierten und fünften Monat mit Moschus bestrichene Seidenfäden oder zugespitzte Bambusstäbe in den Uterus ein, woran manche gestorben ist. In Persien sollen Hebammen bei unverheirateten Schwangeren im sechsten oder siebenten Monat die Eihaut mit einem Häkchen anbohren; bei Verheirateten soll der Abort dort nicht beobachtet werden. — Wenngleich das Gesetzbuch Si Khböl den Mohammedanern die Abtreibung verbietet, kommt sie doch ungemein häufig bei ihnen vor. Da die unehelich geschwängerten Mohammedanerinnen Strafe zu gewärtigen haben, treiben sie aus Furcht vor dieser Strafe ab.

In der alten Türkei waren es oft Hebammen, die bei Ausführung der Abtreibung gefährliche Blutungen, Entzündungen und Verwundungen der Gebärmutter bewirkten, und zwar war diese Unsitte so verbreitet, daß es dadurch zu einer Abnahme der Bevölkerung kam. 1872 wurden in Konstantinopel innerhalb von zehn Monaten 3000 Fälle von kriminellen Abtreibungen konstatiert. Grund dazu war meist die Gefallsucht der türkischen Frauen, die die Schönheit ihrer Formen so lange als möglich erhalten wollten, um der Gefahr einer Ehescheidung zu entgehen, welche die reli-

giöse Gesetzgebung der Muselmänner sehr erleichterte. Außer wirtschaftlichen Sorgen war auch die Absicht, die Spur eines Vergehens zu verwischen, Rachsucht, Eifersucht auf Nebenbuhlerinnen, Aussichten auf Erbschaft das bestimmende Motiv. Reizende Körper, z. B. Eisenspitzen, wurden in die Gebärmutter eingeführt. Safran, Sabina, Jalappentee wurden verwendet. In den Palästen der Großen trieben die sogenannten blutigen Hebammen kanlü ebe ihr schauerliches Gewerbe. Auf eine Anzeige an die Regierung des Sultans, daß im Jahre 1877 von 4000 Abtreibungen 94% der Kinder und 75% der Mütter solcher Barbarei zum Opfer gefallen seien, erfolgten keine Reformen. In der neuen Türkei wird dies voraussichtlich besser geworden sein. — Schon in alter Zeit benutzten die Araber Aderlässe und Hungern; sie reizten den Muttermund mit zusammengerolltem Papier und Holzstücken, injizierten auch Medikamente durch ein »Instrumentum triangulare extramitalis«. Hiergegen eiferte Abul Kasem im mohammedanischen Spanien im 12. Jahrhundert, verbot den Ärzten, den solches begehrenden Weibern nachzugeben, empfahl auch eine Hebamme zuzuziehen, wenn ein Abort wirklich nötig wäre. Ganz schlimm sollen die Verhältnisse unter den Weißen Nordamerikas sein. Quacksalber haben hier entsprechende Zirkulare herumgesandt. In einer Straße in Boston hat man 48 Abtreibungsinstitute gezählt. In vielen amerikanischen Zeitungen werden solche, wie sie ein Kenner bezeichnet, höllischen Etablissements empfohlen. — Manche Indianerinnen meinen, ihre Schönheit leide durch Geburten im jugendlichen Alter, und treiben deshalb in der Jugend ab; andere glauben im Gegenteil, daß sich durch Entbindungen im sehr jugendlichen Alter die Schönheit am besten erhalte, suchen möglichst jung schwanger zu werden und tragen ihre Frucht aus. — Als Kuriosum sei erwähnt, daß bei den Eskimos einzelne Schwangere sich einer zugespitzten Walroßrippe bedienen, deren Spitze mit Seehundsfell überkleidet ist, das durch Fäden zurück- und vorgezogen werden kann; hiermit durchschneiden sie die Eihülle.

Über die Notwendigkeit, medizinische Indikationen bei der Unterbrechung der Schwangerschaft anzuerkennen, ist man in den verschiedenen Kulturstaaten nach und nach einig geworden; nur werden die medizinischen Indikationen hier strenger, dort milder angewandt.

In Frankreich scheint man von jeher streng mit der Schwangerschaftsunterbrechung zu sein. In früheren Jahrhunderten wurden Abtreiber einfach aufgeknüpft. Nach der Revolution verurteilte man gefällige Helfer zu 20 jähriger Kerkerhaft. Jetzt fordert man auch bei sogenannter absoluter Indikation die Hinzuziehung eines Kollegen. Bei nicht ganz absoluten Indikationen verlangt man den Spruch eines Schiedsgerichts, das aus dem behandelnden Arzt, einem staatlich angestellten Arzt und einem Mediziner oder Juristen »mit besonderem Wissen und guter moralischer Auffassung« besteht. *Boursier* empfiehlt auch bei Tuberkulösen große Zurückhaltung, da die Piogredienz der Tuberkulose durch den künstlichen Abort nicht aufgehalten, der letale Ausgang aber eher dadurch beschleunigt werde. Auf einer Ärzteversammlung in Lyon wurde das strenge französische Gesetz über den künstlichen Abort zustimmend diskutiert. Unterbrechung hielt man ausschließlich bei durch die Schwangerschaft veranlaßter großer Gefahr für angezeigt und nur dann, wenn alle anderen therapeutischen Methoden die Gefahr für die Mutter nicht beseitigen können. Lediglich unter der Voraussetzung, daß das zu erwartende Kind fehlerhaft sein könne, dürfe der

Arzt nicht unterbrechen. Künstlicher Abort ohne sichere medizinische Indikation sei ein Verbrechen, das bestraft werden müsse. *Brouka*-Lyon teilte 1929 mit, daß die Indikation zu Schwangerschaftsunterbrechungen seit zehn Jahren immer mehr eingeschränkt worden sei, insbesondere bei Erstgebärenden. Wenn eine Frau nach dem Blasensprung in Behandlung käme, müsse natürlich der künstliche Abort vorgenommen werden. Bei engem Becken sei der extraperitoneale Kaiserschnitt vorzuziehen.

Das englische Gesetz im 13. Jahrhundert: »Die Fleta« bedrohte den Abortus mit der Todesstrafe. In der Mitte des 16. Jahrhunderts begann man die Berechtigung des therapeutischen Abortes in schlimmen Fällen anzuerkennen; *Kelly* berichtet von einer hierüber abgehaltenen Beratung verschiedener englischer Ärzte und über eigene erfolgreiche Erfahrungen. Auch vor dem 18. Jahrhundert ist bekannt, daß man bei schweren Krankheiten zum therapeutischen Abort schritt. So empfahl *Cooper* 1772 operative Schwangerschaftsunterbrechung bei hochgradiger Beckenverengung, weil damals 90% der Mütter nach dem Kaiserschnitt starben. — Was die gegenwärtige Auffassung in England anbelangt, so erkennt *Fairbairn* 1927 nur wenige Gründe an. Es müsse »eine klare Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter vorhanden sein« oder Schaden für die Schwangerschaft und deren Fortentwicklung; solches müsse aber bewiesen werden. Bei zweifelhaften oder Grenzfällen wird Beobachtung der Schwangeren außerhalb der Wohnung gefordert. Erst wenn eine Behandlung erfolglos und der Abort die einzige Rettung sei, dürfe er vorgenommen werden.

Mc. Cann bedauert die Umwertung aller Dinge in der neueren Zeit, berichtet von der sehr großen Zahl der Abortivmittel, die zwar in den gegebenen Dosen oft versagen, in größeren Dosen aber sehr gefährlich seien. Z. B. sei Blei ein wirksames und gefährliches Mittel. Die kriminellen Aborte hätten bedeutend zugenommen, 28% aller Aborte seien kriminell. Frauen, die erklären, sie hätten allein abgetrieben, suchten dadurch meistens nur den Schuldigen zu schonen. Die Gefahren verschlimmerten sich durch die Weigerung der Frauen, einige Zeit Bettruhe zu halten, weil sie eben dadurch keinen Verdacht aufkommen lassen wollten. Sehr schädlich sei die Anpreisung »Blutung regulierender Mittel« im Handel. Staatsanwalt Roome erwähnt ein Abortivum, das mit der Bezeichnung verkauft werde, »darf unter keinen Umständen von schwangeren Frauen genommen werden«.

In Dänemark fand, wie *Fabricius-Möller* mitteilt, Ende Dezember 1932 in Aarhus im sozialdemokratischen Verein eine geheime Abstimmung über die Unterbrechung aus sozialen Gründen statt. Männer und Frauen stimmten getrennt ab. Von den 632 abstimmenden Männern waren 88,3%, von den 999 abstimmenden Frauen 90,7% für die soziale Indikation. Der dänische Strafgesetzentwurf sieht für die Mutter eine Gefängnisstrafe von zwei Jahren vor, die unter mildernden Umständen auch wegfallen kann. Nach einem Jahr darf keine Verfolgung mehr stattfinden. Teilnehmer werden strenger bestraft, wenn sie aus Gewinnsucht handelten oder den Tod bzw. schwere Körperverletzung der Frau verursachten, und vorzüglich, wenn sie ohne deren Zustimmung vorgingen. *Brüel* berichtet, daß die dänische Jury, ein mit großer Macht ausgestattetes Geschworenengericht, wiederholt für Straffreiheit bei gewissen frühzeitigen Schwangerschaftsunterbrechungen eingetreten sei, auch bei aus-

schließlich sozialer Indikation, einmal sogar, als es sich um gewerbsmäßige Abtreibung bei 10 Personen handelte. *Brüel* will die von dem Geschworenengericht bis zum 3. Monat geforderte Straffreiheit bis zur 28. Schwangerschaftswoche hinausgeschoben wissen und die medizinische Indikation auf »gewisse soziale Invaliditätszustände« übertragen, »die für das ganze spätere Leben der Frau eine ebenso große oder größere Rolle spielen«.

Der Tschechoslowakische Vorentwurf gestattet die Abtreibung ebenso wie aus medizinischen so aus sozialen und eugenischen Indikationen.

In Italien wird für Abtreibung aus juristischen und sozialen Gründen die schriftliche Einwilligungserklärung der Frau verlangt. *Pagano* fordert auch die künstliche Unterbrechung, »wenn die Schwangerschaft der Ehre der Frau und der ihrer Familie schaden könnte«. Nach *Cova* lehnt das neue italienische Gesetzbuch die soziale wie die eugenische Indikation ab; die medizinische wird ungefähr bei denselben Krankheiten wie bei uns anerkannt; Addison und Lepra kommen dort noch hinzu. *Cova* betont, daß die künstlichen Aborte durch die Fortschritte der Medizin eine bedeutende Einschränkung erfahren hätten. Auch *Manicio*-Padua berichtet von einer Einschränkung der künstlichen Aborte wegen Lungentuberkulose dank einerseits der Fortschritte der Therapie und andererseits der Fortschritte der Fürsorge. *Sprecher* erklärt, wegen Syphilis sei der künstliche Abort heute nicht mehr in Betracht zu ziehen, da die Frau durch die moderne Therapie geheilt und das Kind gerettet werden könne. Ganz erheblich bestraft das italienische Gesetzbuch die Aufmunterung zur Abtreibung, auch das Verschaffen tauglicher Abtreibungsmittel, selbst wenn keine Schwangerschaft bestand. *Griffani* erinnert daran, daß nach der Ausführungsverordnung des italienischen Strafgesetzbuches für 1927 vor jedem künstlichen Abort eine Beratung von mindestens drei Ärzten stattfinden und ein Protokoll hierüber abgefaßt werden müsse. — Von der Schweiz teilte *König*-Genf im Jahre 1933 mit, daß neuerdings oft Frauen aus Frankreich und England nach der Schweiz kämen in der Meinung, hier ohne weiteres abortieren zu können; hier aber sei die Unterbrechung ohne medizinische Indikation verboten »und anständige Kollegen richteten sich nach diesem Gesetz«.

Die gegenwärtig im Deutschen Reich eingehaltenen Bestimmungen des neuen Strafgesetzentwurfs haben folgenden Wortlaut:

§ 253: Abtreibung. Eine Frau, die ihre Frucht im Mutterleib oder durch Abtreibung tötet oder die Tötung durch einen anderen zuläßt, wird mit Gefängnis bestraft. Ebenso wird ein anderer bestraft, der eine Frucht im Mutterleib oder durch Abtreibung tötet. Der Versuch ist strafbar. In besonders leichten Fällen kann das Gericht von Strafe absehen. Die Strafbarkeit der in Abs. 1—3 mit Strafe bedrohten Handlungen verjährt in zwei Jahren. Wer die in Abs. 2 bezeichnete Tat ohne Einwilligung der Schwangeren oder gewerbsmäßig begeht, wird mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren bestraft; ebenso wird bestraft, wer einer Schwangeren ein Mittel oder einen Gegenstand zur Abtreibung der Frucht gewerbsmäßig verschafft.

§ 254: Ärztlich gebotene Unterbrechung der Schwangerschaft. Eine Abtreibung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein Arzt eine Schwangerschaft unterbricht, weil es nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter erforderlich ist. Eine Tötung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein Arzt aus dem gleichen Grunde ein in der Geburt begriffenes Kind tötet.

§ 255: Ankündigung von Abtreibungsmitteln. Wer zu Zwecken der Abtreibung Mittel, Gegenstände oder Verfahren öffentlich ankündet, anpreist oder ausstellt, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Straflos ist die Ankündigung oder Anpreisung eines Mittels, Gegenstandes oder Verfahrens, die zu ärztlich gebotener Unterbrechung der Schwangerschaft dienen, an Ärzte oder an Personen, die mit solchen Mitteln oder Gegenständen erlaubterweise Handel treiben oder in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachzeitschriften.

§ 256: Verbietung von Abtreibungen. Wer öffentlich seine eigenen oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung von Abtreibung anbietet, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. —

Daß nunmehr endlich dem Arzt die medizinisch notwendige Schwangerschaftsunterbrechung zugestanden ist, haben wir namentlich auch dem kürzlich verstorbenen, um ärztliche Rechtsfragen hochverdienten Oberreichsanwalt Ebermeyer zu verdanken, welcher die neuen Bestimmungen stark beeinflußt, stets ein dankenswertes Vertrauen auf die Gewissenhaftigkeit der Ärzte bekundet hat und, wie er sich ausdrückte, von der ärztlichen Ethik das Beste für die Zukunft hoffte.

Natürlich ist es dringend zu empfehlen, daß sich Mädchen und Frauen, welche wegen einer Schwangerschaft in Sorge sind, ärztlich beraten lassen. Liegen medizinische Indikationen zur Beseitigung der Schwangerschaft vor, indem Leben und Gesundheit durch Austragung der Frucht, Entbindung und Wochenbett ernstlich bedroht sind, so kann, wenn Beratung und Untersuchung mit einem oder mehreren in Betracht kommenden Fachärzten positiv ausfallen, nach erfolgter Niederschrift von Befund und Gutachten die Operation vorgenommen werden. Welche medizinischen Indikationen stellen nun einen berechtigten Grund zur Schwangerschaftsunterbrechung dar? Wenn dies im folgenden kurz erörtert werden soll, so ist vorauszuschicken, daß es natürlich immer auch auf den Grad der Erkrankung und den allgemeinen Gesundheitszustand der einzelnen Persönlichkeit ankommt; ist es doch etwas anderes, wenn der

Kräftezustand einer Mutter mit bereits vielen Kindern stark geschwächt ist. Und auch darauf kommt es an, ob die Möglichkeit besteht, das vorhandene Leiden durch Kuren zu heilen oder zu lindern, oder ob das aus völligem Mangel an Mitteln oder aus sonstigen stichhaltigen Gründen unmöglich ist; letzterenfalls würde der soziale Notstand eine vorhandene medizinische Indikation geringeren Grades vermehren.

Unterbrechung der Schwangerschaft kann in Frage kommen bei inneren Krankheiten, besonders Krankheiten des Herzens mit starken Kreislaufstörungen, Wasseransammlung unter der Haut, in Brust und Bauchhöhle, bei bedeutender Steigerung des Blutdrucks, Entzündung oder Entartung des Herzfleisches, Entzündung der Innenhaut des Herzens. Auch Nierenentzündung mit Erscheinungen von Wassersucht und Herzschwäche kann Indikation sein. Schwere Zuckerkrankheit mit drohender Bewußtlosigkeit kann zu sofortiger Unterbrechung nötigen, bei leichten Graden von Zuckerkrankheit wird Insulinbehandlung in Frage kommen. Die Unterbrechung wird auch bei aktiver Tuberkulose — namentlich Kehlkopftuberkulose — zugestanden. Ist es möglich, Heilstättenbehandlung[1]) oder eine der modernen Behandlungsmethoden der Tuberkulose (Pneumothorax) mit der unbedingt notwendigen anschließenden Schonung vorzunehmen, so liegt der Fall anders, als wenn ausreichende Behandlung ausgeschlossen ist. Ob vorgeschrittene Tuberkulose Indikationsgebiet ist, wird verschieden beurteilt; die einen bejahen dieses, die anderen sehen in der Beseitigung der Schwangerschaft keinen Vorteil für die Kranke, eher eine Beschleunigung des Krankheitsprozesses. Was Syphilis anbelangt, so ist es ja nicht zweifelhaft, daß gerade diese Erkrankung auf die Frucht übergehen kann, aber der Nutzen antisyphilitischer Therapie ist so groß, daß viele Kliniker heutzutage Schwangerschaftsunterbrechung wegen Syphilis nicht mehr anerkennen. Chronischer Gelenkrheumatismus und große Neigung zu Blutungen (hämorrhagische Diathese), Lungenerweiterung mit Atemnot, perniziöse Blutarmut und die selteneren schweren Leiden der gelben Leberatrophie und der Leukämie sind zweifellos Indikationen[1]). Von den Augenärzten werden

---

1) Leider lehnen manche Heilstätten die Aufnahme Schw. ab.

2) Über Schwangerschaftsunterbrechung bei inneren Krankheiten gibt es eine große Literatur. Frau Dr. *Lützenkirchen* hat die einschlägigen Fragen in dem zit. Büchlein von Levy-Lenz übersichtlich zusammengefaßt. Hiernach stellt die Unterbrechung bei tuberkulösen Lungenkrankheiten keine Heilbehandlung dar, sie vermag nur — frühzeitig und technisch einwandfrei durchgeführt — schädliche Einflüsse der Gestationsvorgänge auszuschalten, aber nur bei nachfolgender spezifischer Behandlung der Lungentuberkulose. Bei rudimentärer Tuberkulose, z. B. der Spitze, soll nicht unterbrochen werden.

namentlich Netzhauterkrankungen als Indikationen zum Abort angeführt, vor allem Netzhautablösung, dann Netzhautentzündung bei Nierenkrankheit, ferner Erkrankung des Sehnerven bei

---

Durch genügend lange durchgeführte Heilstättenbehandlung — eventuell in Verbindung mit Pneumothorax kann leichte und mittelschwere Lungentuberkulose gravider Frauen gebessert, mitunter geheilt und dadurch eine sonst berechtigte Unterbrechung umgangen werden; finanzielle und familiäre Gründe können die Indikation vermehren. Bei den mit Verkäsung, Zerfall und positivem Bazillenbefund im Sputum einhergehenden echter Phthisen, den peumonischen Formen der Tuberkulose und den eben abgeheilten Fällen ist die Unterbrechung nötig und in den ersten 2—3 Monaten am günstigsten. Larynxtuberkulose, die fast immer mit offener Lungentuberkulose verbunden ist, kann besonders infolge von Dyspnoë die Unterbrechung zu jedem Zeitpunkt nötig machen, ebenso wandernde Miliartuberkulose. Von Erkrankungen des Herzens fordern Myocarditis (Tachycardie, Arrhythmie, Atemnot, Ödembildung) Unterbrechung möglichst schon in frühen Monaten, da die Arbeitslast des Herzens in der Schwangerschaft durch Vermehrung der Blutmenge und Erschwerung der venösen Zirkulation in den unteren Extremitäten wesentlich vermehrt und in der Austreibungsperiode eine große Kraftanstrengung des Herzens gefordert wird. Ebenso kann Unterbrechung angezeigt sein bei recidivierender Endocarditis z. B. nach Angina und Polyarthritis, Mitralstenose, Mitralstenose und -insufficienz, Aortenstenose, Herzblock und Cor kyphoskolioticum. Bei Kompensationsstörungen der Herzfehler soll zunächst interne Therapie versucht, bei deren Versagen aber muß unterbrochen werden. Akute Nierenentzündung berechtigt nur bei hochgradiger Anämie durch Hämaturie zur Unterbrechung. Chronische Nierenentzündung gibt aber bei Blutdrucksteigerung, Komplikation mit Myocarditis und Herzklappenfehler, Hydrops in Brustfell und Herzbeutel und Ödemen, insbesondere auch bei Netzhauterkrankungen eine ernste Prognose für Mutter und Kind; Urämie und Apoplexie können den Zustand weiter gefährden. Auch wenn bedrohliche Erscheinungen von seiten des Herzens und der Nieren in früheren Schwangerschaften vorkamen, muß die Schwangerschaft unterbrochen werden. In unkomplizierten Fällen aber sollen die Methoden der inneren Medizin angewendet und soll nicht unterbrochen werden. Wohl aber wenn eine Nierenbeckenentzündung auf die Niere selbst übergeht oder wenn doppelseitige Nierentuberkulose festgestellt werden mußte. Was die Zuckerkrankheit anbetrifft, so konzipieren die hiermit behafteten Frauen nur selten. Ist eine Schwangerschaft bei Diabetes mellitus eingetreten, so unterstützt der frühzeitig angelegte Inselapparat der Frucht in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft den mütterlichen Organismus, oft aber sterben die Früchte ab. In leichteren Fällen von Zuckerkrankheit genügen Diät und Behandlung. Bei erheblicher Acidosis und Ketonurie muß die Gravidität unterbrochen werden. Bei starker Basedowscher Krankheit kommt, wie oben bemerkt, Strumektomie in Frage, wenn der Chirurg zustimmt. Kann diese Operation nicht ausgeführt werden und verschlechtert sich die Krankheit infolge der Gravidität, so muß letztere beseitigt werden. Dies muß auch bei Tetanie geschehen, wenn die Krampfanfälle auf die Atemmuskulatur übergehen oder die Frauen durch chronische bzw. interkurrente Krankheiten geschwächt sind. Da bei Osteomalacie allerlei Schwierigkeiten unter der Geburt zu er-

Zuckerkrankheit und bei Rückenmarkschwund (Tabes). Von Ohrenkrankheiten können Erkrankungen im Vestibularapparat des inneren Ohres (Drehschwindel) in Frage kommen. Von gynäkologischen Indikationen werden namentlich unstillbares Erbrechen in der Schwangerschaft mit den Erscheinungen innerer Vergiftung und Erschöpfung sowie starke Uterusblutungen angeführt. Geschwulst an der Gebärmutter oder den Eierstöcken, bei denen zuweilen gleichzeitige Schwangerschaft beobachtet wird, wird nach Lage des Falles mit oder ohne Erhaltung der Frucht angegriffen werden müssen. Eine besondere Stellung nehmen Narben und Fisteln der inneren Geburtsteile ein, die nach einer früheren Operation oft unter großen Schwierigkeiten ausheilten und eine Gefahr des Aufreißens durch

---

warten sind, sogar Uterusruptur, wird man die bei dieser Krankheit bewährte Kastration vornehmen, wenn man es nicht bei jungen Erstschwangeren zunächst einmal mit der Unterbrechung der Schwangerschaft versuchen will. Der Verlauf ist aber bei der Osteomalacie verschieden, Verbesserung ungünstiger Nahrungs- und Ernährungsbedingungen ist von größter Bedeutung; Vigantol-Therapie wird gerühmt. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist die perniziöse Anämie eine sehr ernste Komplikation. Führen hier Arsen und Bluttransfusion zu keiner Besserung, so wird die Unterbrechung zu erwägen sein, wenngleich die Krankheit oft auch nach diesem Eingriff weitergeht. Letzterer kann auch die Kranken mit akuter Leukämie nicht retten. Bei chronischer myelogener Leukämie wird man die erste Schwangerschaft austragen lassen können, bei weiteren Schwangerschaften aber wegen der großen Gefahren für Mutter und Kind unterbrechen und im Anschluß hieran sterilisieren.

Was die Schwangerschaftstoxikosen anbetrifft, so ist bei Hyperemesis gravidarum zu bedenken, daß die Hälfte aller Schwangeren kürzere oder längere Zeit an Erbrechen leidet. Anhaltendes Erbrechen aber bringt bei 10—12% Lebensgefahr. Steigerung des Bilirubingehaltes des Blutes und stärkere Ketonurie, Herzstörungen, Fieber, Benommenheit und Delirien verlangen hier sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft. Unter der Bezeichnung Oedneklose werden Hydrops gravidarum, Schwangerschaftsnephrose und Eklampsie zusammengefaßt. Mäßiges Ödem, das in der Schwangerschaft sehr häufig ist und nach der Entbindung verschwindet, ist kein Grund zur Unterbrechung. Schwangerschaftsnephrose, auf Erkrankung der Nierengefäße und des Nierenparenchyms beruhend, ist besonders bedenklich bei Netzhauterkrankungen, Ansteigen des Eiweißgehaltes im Urin, bedeutender Blutdruckerhöhung und beim Eintreten der lebensbedrohenden Präeklampsie mit ihren zerebralen Symptomen. Hier und bei ausgebrochener Eklampsie muß die Unterbrechung der Schwangerschaft bzw. bei lebensfähigem Kind die Sectio abdominalis sofort vorgenommen werden. Derartige Symptome in einer früheren Schwangerschaft rechtfertigen aber die Unterbrechung in einer späteren noch nicht. — Bei allen Schwangerschaftstoxikosen gilt die Leber als Entgiftungsorgan. Bei akuter gelber Leberatrophie und bei Lebervergrößerung infolge von Ikterus toxicus gravis ist Unterbrechung notwendig.

Schwangerschaft oder Geburt in sich tragen. Darüber ob Einwachsen der Plazenta an einer bei der Entbindung zu gefährlicher Blutung disponierenden Stelle eine weitere Indikation ist, wird verschieden geurteilt. Die Gefahren des engen Beckens können heutzutage operativ übergangen werden, wenn eine Krankenanstalt mit Facharzt zur Verfügung steht. — Abgestorbene Früchte und sog. Blasenmolen sind natürlich zu entfernen. — Auch bei Nervenkrankheiten sind bezüglich der Schwangerschaftsunterbrechung schwere Fälle von minder schweren zu unterscheiden. Indikation bilden solche Fälle von Epilepsie, bei denen in der Schwangerschaft Anfälle sehr häufig auftreten oder einen gefährlichen Charakter annehmen, ebenso schwere Fälle von Veitstanz (Chorea), schwere Folgezustände von Gehirngrippe, Fälle von ausgebreitetem Muskelschwund, von Gehirngeschwulst, von Halbseitenlähmung nach Schlaganfall. Bei Basedowscher Krankheit soll man wenn irgend möglich erst den Kropf operieren und nur bei ungenügendem Effekt unterbrechen, speziell bei ernsten Basedow-Herzsymptomen. Ein weiterer Grund kann Entzündung von Nerven (Polyneuritis), insbesondere des Nerven, der die Atmung und die Herzbewegung reguliert, darstellen. Endlich können Rückenmarkerkrankungen (Blutungen und Erweichungen), Herde bei multipler Sklerose und Degeneration von Rückenmarksträngen die Unterbrechung notwendig machen. — Ob psychische Erkrankungen bei einer Schwangerschaft bzw. deren Austragung Leben und Gesundheit der Mutter ernstlich bedrohen, ist im allgemeinen schwer zu sagen und kann auch nur von Fall zu Fall beurteilt werden. Bei Schizophrenie ist wiederholt beobachtet worden, daß ein neues Wochenbett einen neuen Schub dieser Krankheit auslöste, und daß nach dessen Rückgang ein weiterer Fortschritt der Demenz unverkennbar war. Liegt eine derartige Anamnese vor, so ist bei neuem Wochenbett weiteres Fortschreiten der Demenz zu befürchten und wäre eine Unterbrechung berechtigt. Eine ernste Sache ist es ferner, wenn in einer Familie bereits mehrere Fälle von Schizophrenie vorgekommen sind, oder wenn gar beide Eltern schizophren sind. Dann handelt es sich natürlich um eugenische Gesichtspunkte, die eigentlich nur als unterstützendes Moment medizinischer Indikation bewertet werden sollen, aber doch recht sehr beachtlich sind. Ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn beide Eltern manisch-depressiv oder epileptisch, schwer psychopathisch oder alkoholsüchtig sind. Auch wenn in solchen Fällen eine medizinische Indikation, streng genommen, nicht vorliegt, ist die Minderwertigkeit der Nachkommenschaft recht wahrscheinlich. Eine Klärung dieser Fragen ist sehr zu erstreben; kann doch die Sachlage den Voraussetzungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sehr ähn-

lich sein. Gegenwärtig sind die gesetzlichen Voraussetzungen zur Schwangerschaftsunterbrechung auch dann nicht gegeben, wenn Anfälle von manisch-depressivem Irresein ohne Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Wochenbett vorkamen. — Von psychischen Erkrankungen, die die Gesundheit der Mutter bei Austragung einer Schwangerschaft untergraben würden, sind ferner schwere Fälle von Amentia, infektiöse und toxische Verwirrtheitszustände, psychische Erschöpfung betreffs Unterbrechung einer Schwangerschaft beachtlich. Auch kommen schwere gemütliche Depressionszustände mit hoher Selbstmordgefahr in Betracht; evtl. muß hier Internierung und Beobachtung in einer geschlossenen Anstalt erwogen werden. Die Selbstmordgefahr soll übrigens schwinden, wenn die Frau die ersten Kindesbewegungen spürt, zu welcher Zeit ein lebhaftes Muttergefühl aufzutreten pflegt. Die Meinungen der Fachmänner über Schwangerschaftsunterbrechung bei exogenen Depressionen sind zur Zeit noch sehr verschieden, ebenso ob eine Frucht bei angeborenem Schwachsinn, bei Demenz auf organischer Grundlage, bei Paralyse der Mutter beseitigt werden soll. Übrigens ist es wiederholt vorgekommen, daß die Frauen die Zustimmung zur Unterbrechung nachträglich sehr bedauert haben.

Gar nicht selten kommt es heutzutage vor, daß psychische Erkrankungen in der weiteren Familie, oft auch nur einzelne Charakteranomalien, als Grund der Schwangerschaftsunterbrechung bei einer gesunden Frau herangezogen werden. Nach dem Sinn und dem Wortlaut des Gesetzes sind derartige fadenscheinige Gründe unberechtigt.

In einer psychiatrischen Zeitschrift muß bei Behandlung des Themas der Schwangerschaftsunterbrechung (Schw.-U.) etwas näher auf ihre neurologisch-psychiatrischen Indikationen eingegangen werden: Die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und der Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien hielten im Mai 1931 zwei gemeinsame Sitzungen über dieses Thema ab, über die in der Wiener klinischen Wochenschrift 44. Jahrgang Nr. 18 S. 897—922 ausführlich berichtet worden ist. Wenn im folgenden hiervon ein Auszug gegeben werden soll, so ist zunächst das Referat Prof. *Bucuras* über die geburtshilflichen Richtlinien zu erwähnen. *B.* betonte, daß der Geburtshelfer den Abortus nicht nur im Auftrag des Spezialisten auszuführen, sondern sich seine selbständige Entscheidung vorzubehalten habe, um so mehr, als er es ja allein sei, der das Gefahrenmoment der U. richtig abzuschätzen vermöge. Sehr häufig seien die Anamnese, das konstitutionelle Moment, vererbte Anlage und die Gesamtkörperverfassung des Individuums wichtiger und ausschlaggebender als der Name der momentanen Krankheit. Seltene Fälle, wie Psychosen,

könnten die Geburtshelfer allein nicht beurteilen. Die Tatsache des Bestehens einer Krankheit — auch einer Neurose oder Psychose — entscheide nicht, erst die durch die Erfahrung bekannte Verschlechterung der Krankheit zu einem gefahrdrohenden Zustand oder die berechtigte Befürchtung einer schweren dauernden Gesundheitsstörung, ferner die Gewähr, daß die U. auch tatsächlich zur Heilung bzw. zum Stillstand der Krankheit führen wird, und die Erkenntnis, daß ein anderes Mittel als die U. nicht wesentlich gefährlicher ist als diese. Der Entschluß zur U. sei um so schwerer, je fortgeschrittener die Schw. ist, weil die Gefahrenmomente für die Mutter mit dem Alter der Gravidität steigen. Absolute Gefahrlosigkeit sei auch in der Hand des Allerbesten und Allererfahrensten nicht zu gewährleisten. Verhältnismäßig am wenigsten gefährlich ist der Eingriff in der achten Woche; wenn die Frucht nach Absolvierung der 35. Woche lebensfähig sei, dann widerstrebe die U. dem Geburtshelfer. — Was die Selbstmordgefahr betreffe, so habe *Wagner-Jauregg* den künstlichen Abort empfohlen, wenn die Suizidgefahr bei schwerer Psychopathie durch die Schw. hervorgerufen und psychisch vermittelt werde; hier bringe der Abort Heilung. Weniger wäre die Selbstmordgefahr bei Depressionen des manisch-depressiven Irreseins beeinflußt. Nicht auf die Selbstmordgefahr, sondern auf die künstliche Beeinflußbarkeit des Grundleidens durch die U. komme es an. — *Kogerer* besprach alsdann die psychiatrischen Indikationen, wobei er davon ausging, daß *Wagner-Jauregg* schon 1905 angegeben habe, daß es in der Psychiatrie nur sehr wenige als einwandfrei anerkannte medizinische Indikationen zur Schw.-U. gibt: sei Gefahr für die Mutter vorhanden, und könne diese durch die vorzeitige U. behoben werden, dann sei der Eingriff gerechtfertigt. Bei manisch-depressivem Irrsein, erklärte *K.*, biete die Schw. meistens keine ernste Gefahr, und die U. übe bei einmal ausgebrochener Psychose keinen erkennbaren Einfluß auf den Verlauf und die Dauer der Erkrankung aus, ja, bei Melancholie sei sogar mit Verschlimmerung im Anschluß an den Eingriff durch das Auftreten von Versündigungsideen zu rechnen; diese kommen aber auch ohne diese vor. Schw.-U. sei nur bei bedrohlichem Kräfteverfall — ausnahmsweise auch, wenn eine Kranke im Zusammenhang mit Schw. schon mehrere manisch-depressive Anfälle gehabt habe, geboten. — Bei infektiösen und toxischen Verwirrtheitszuständen sei die U. angezeigt, wenn Übergang in einen chronischen Defektzustand zu erwarten sei; allerdings treten solche Zustände häufiger nach beendeter Schw., merkwürdigerweise nach U. häufiger als nach normaler Schw. auf; aber auch in der Schw. sind sie nicht selten. — Sehr schwierig sei die Entscheidung der Frage, ob der schizophrene Prozeß durch Schw. beeinflußt werde. Wenn Erschei-

nungen auftreten, die auf Störungen der inneren Sekretion hinweisen: Störungen der Menstruation, Störungen der Libido sexualis oder Veränderungen im Kreislauf und im Stoffwechsel, so soll unterbrochen werden, ebenso sei bei remittierender Verlaufsform guter Erfolg von U. und von Sterilisation beobachtet worden. Bei vorgeschrittener Verblödung sei ein nennenswerter Erfolg durch diese Eingriffe nicht zu erwarten. — Da progressive Paralyse auf die Schw. keinerlei nachteiligen Einfluß ausübe, komme hier U. nach Ansicht der meisten Autoren nicht in Frage. Nicht eine Schw.-U., sondern nur eine entsprechende energische Therapie könne den paralytischen Prozeß zum Stillstand bringen. In einem Fall habe eine Paralytica, die mehrfach spontan abortiert, aber nie geboren hatte, nach Beendigung einer Malariakur eine normale Schw. durchgemacht. — Bei Oligophrenien ist weder eine Gefährdung durch die Schw. noch ein gesundheitlicher Vorteil durch die U. zu erwarten. Niemals sei bei Psychopathien zu unterbrechen, auch bei den Toxikomanien — einschließlich Alkoholismus — oder Hysterie nur in Fällen von schwerem Kräfteverfall. Mit aller Vorsicht schloß sich *K.* hinsichtlich der psychogenen Depressionen mit Suicidgefahr wegen unerwünschter Schw. den Autoren an, die die Berechtigung einer Unterbrechung hier anerkennen, da eine ernste Gefahr für das Leben besteht, die nur durch die Schw.U. abgewendet werden kann. Natürlich liege hier Gefahr des Mißbrauchs vor, wenn diese Indikation zur Kenntnis der breiten Öffentlichkeit kommt; auch ist die Abgrenzung zwischen melancholischer, hysterischer und psychopathischer Depression nicht leicht. Exakte Diagnosenstellung und genaue ärztliche Beobachtung betreffs Autosuggestion oder Simulation ist hier notwendig. Zum Schluß hob *K.* sehr richtig hervor, daß Fürsorgemaßnahmen den Selbstmordwunsch beseitigen oder mildern können, großer Wert sei auf die Ausgestaltung dieser Fürsorge zur Einschränkung der Schw.-U. zu legen. — Generalprokurator Prof. *Höpler* behandelte die Frage vom juristischen Standpunkt, pflichtete der Auffassung der deutschen Rechtslehrer im allgemeinen bei, empfahl aber eine noch schärfere Umgrenzung des Begriffs der ernsten Gefahr, wie ihn der österreichische Entwurf von 1912 in § 395 mit dem Verlangen »einer Lebensgefahr oder der Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit« bringt. Eine eugenische oder soziale Indikation kenne das Gesetz nicht. Es sei geboten, alles zu vermeiden, was den Schein erwecke, als wolle man unter dem Deckmantel der medizinischen Indikation der eugenischen oder sozialen Indikation Straffreiheit schaffen. Seiner Meinung nach sei der Arzt nicht berechtigt, bei der Frage der ärztlichen Indikation die soziale Lage der Patienten zu berücksichtigen. Dem Schutz der ärztlichen Ethik allein will

H. die Befolgung der strafrechtlichen Vorschriften nicht anvertrauen. Er wünscht, daß ein mit wirksamer Vollzugsgewalt ausgestattetes Standes- und Ehrengericht diesen Schutz zweckmäßig ergänze und ausbaue. — Einen großen Raum in der Verhandlung nahm der Bericht von Dr. *Herrschmann*-Wien über die neurologischen Indikationen ein. *H.* hatte eine Anzahl diesbezüglicher Fragen an namhafte klinische Lehrer und Fachmänner Österreichs und des deutschen Reiches gerichtet und einen Überblick über deren Antworten gegeben, speziell über die Indikationen bei Epilepsie, Basedowscher Krankheit, multipler Sklerose, Tetanie, Tabes, Chorea, Enzephalitis, Polyneuritis, Erbscher Muskeldystrophie, Syringomyelie, progressiver Paralyse, amyotrophischer Lateralsklerose, progressiver spinaler Muskelatrophie, Myasthenia gravis, funikulärer Myelose bei perniciöser Anämie, Querschnittsunterbrechungen des Rückenmarks und Tumor cerebri. Da sich ergab, daß die medizinische Indikation bei nicht wenigen organischen Nervenkrankheiten noch recht ungeklärt war, empfahl *H.* und mit ihm verschiedene andere Redner baldige systematische klinische Untersuchungen darüber, welche organischen Nervenkrankheiten durch den Eintritt einer Gravidität notorisch verschlimmert werden — letzterenfalls sei U. anzuraten. Bestand die Nervenkrankheit schon vor der Gravidität, so müsse abgewartet und dürfe erst bei Verschlimmerung unterbrochen werden. Dieser Eingriff sei auch dann statthaft, wenn das Leiden erst während der Schw. entstanden ist und es sich nicht um eine ganz akute, noch nicht hochgradige Störung handelt, sondern um Kreislaufstörungen, perniciöse Anämie, Nephritis und schwere psychotische Symptone. Auch das Interesse des bereits lebensfähigen Kindes könne bei schlechtem Zustand der Mutter z. B. bei progressiver Bulbärparalyse, vorgeschrittener Syringomyelie u. dgl. eine medizinische Indikation bieten. — Die überraschend großen Meinungsverschiedenheiten der Fachmänner beruhen nach *H.*s Ansicht offenbar nicht allein auf Verschiedenheiten der wissenschaftlichen Überzeugung, sondern, wenn auch unbewußt, sei die Weltanschauung des Experten von Einfluß.

Die sehr ausführliche Diskussion ergab viele interessante und wichtige Bemerkungen. So ist es differentialdiagnostisch von Wichtigkeit, daß in manchen normalen Schw.n mechanische und galvanische Übererregbarkeit des Nervensystems anzutreffen ist, zuweilen auch eine Untererregbarkeit des peripheren Nervensystems. Manchen Schwangeren fehlen die Bauchreflexe ein- oder beiderseitig. In vielen Fällen bestehen Steigerung der Sehnenreflexe, Pseudoclonus, Reflexdifferenzen, Akroparästhesie; auch eine Änderung der psychischen Einstellung gesunder Frauen sei in der Schw. relativ häufig anzutreffen. *Stransky* und *Marburg* plädierten

bei unklar erscheinender Indikation für Anrufung einer ins Leben zu rufenden Apellationsinstanz. — Dr. *Werkgartner* hat aus dem Wiener gerichtlich-medizinischen Institut von in den Jahren 1925 bis 1930 strafrechtlich untersuchten tödlichen Fruchtabtreibungen 115 Fälle zusammengestellt, darunter 24 durch Ärzte bewirkte — von ihnen wurden nur zwei oder drei angeklagt und nur einer rechtskräftig verurteilt. Ungemein oft sei die Indikation »eine bewußte Scheinindikation«. Die Zahl der tödlichen Fruchtabtreibungen sei aber viel größer, und man pflege nur die Fälle anzuzeigen, bei denen Verletzungen der inneren Geschlechtsteile bei der Fruchtabtreibung erzeugt worden seien. *Berze* hat die Indikation bei den in der Anstalt am Steinhof vorgekommenen Schw. nur recht selten feststellen können, bemerkt aber, daß es sich in der Irrenanstalt mehr um chronische und zum großen Teil schwere Psychosen, um Schwach- und Blödsinnige handele, während in der Praxis viel öfter frische akute Fälle zu beurteilen seien, bei denen sich der Gedanke einer zu befürchtenden Schädigung durch die Schw. weit leichter aufdränge und die U. weit öfter zu erwägen sein werde. — Am Schluß faßte *v. Economo* zusammen, daß man nur von Fall zu Fall entscheiden und nur schwer eine aprioristische Direktive für alle Möglichkeiten geben könne — wie in der Medizin überhaupt. Im allgemeinen scheinen die Indikationen bei Chorea, akuter Enzephalitis, Muskeldystrophie, Myasthenie, funikulärer Myelose und Tumor cerebri gegeben. Bei Systemerkrankungen, wie Tabes und Querschnittsläsionen käme die U. nur in seltenen Fällen in Betracht. Meinungsverschiedenheiten, die offenbar betreffs Epilepsie, multipler Sklerose, chronischer Enzephalitis, Polyneuritis und evtl. bei Tetanie und Schizophrenie bestehen, würden sich bei Beratung am Krankenbett wohl sehr oft unmittelbar ausgleichen. Im Rahmen des Wiener psychiatrischen Vereins solle baldigst eine bessere statistische Durchforschung des Einflusses der Schw.-U. oder ihrer Unterlassung, wie es *Wagner-Jauregg* vorgeschlagen habe, veranlaßt werden, was hoffentlich zu einer Klärung in einem späteren Zeitpunkt führen werde.

In der Schweiz behandelte 1925 eine nationalrätliche Kommission die Abtreibungsfrage und empfahl, außer den bei uns nunmehr als berechtigt anerkannten Gründen, daß die mit dem Willen der Schwangeren von einem patentierten Arzt vorgenommene Abtreibung auch straflos sein solle, wenn die Schwangerschaft herrühre aus Notzucht, Blutschande oder Ausübung des Beischlafes mit einem Mädchen unter 16 Jahren oder mit einer blödsinnigen, geisteskranken oder bewußtlosen Person, oder wenn die Geschwängerte — oder der Schwängerer — geisteskrank ist[3]).

[3]) In Argentinien und Peru ist die Schwangerschaftsunterbrechung straf-



Die Kommission schlug vor, den Arzt, der die Abtreibung vornimmt, zu verpflichten, »vorgängig« die zuständige Behörde zu benachrichtigen; Unterlassung einer solchen Benachrichtigung sollte als Übertretung verfolgt werden. Unausgesprochen ist, ob nur eine einfache Benachrichtigung oder ob Zustimmung der Behörde gefordert wird. Ärztlicherseits war man dafür, gegen die Anzeige von beabsichtigter Schwangerschaftsunterbrechung durch den Arzt als einer schweren Durchbrechung des ärztlichen Berufsgeheimnisses vorstellig zu werden.

Es muß natürlich sehr auf Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses gehalten werden; denn wenn solche Hilfesuchende, von denen wir sprechen, nicht sicher sind, daß der Arzt das ihm Anvertraute geheim hält, werden sie nicht zum Arzt gehen und fallen dadurch leichter gewissenlosen Personen in die Hände, die sie bei Vornahme der Schwangerschaftsunterbrechung gesundheitlich schwer schädigen. Es ist gewiß zu bedauern, wenn die Praxis des Arztes durch Anzeigen, die er macht, geschädigt würde. Aber der Arzt kann ja — z. B. in Lohnabtreibungsverhandlungen — als Zeuge evtl. nur den Sachverhalt darstellen und die Namen der von ihm behandelten Schwangeren verschweigen, wie das Reichsgericht (Strafsachen Bd. 48 S. 269) entschieden hat. Aber mit Rücksicht auf das Wohl der Allgemeinheit und des Staates kann Anzeigeerstattung unter Umständen eine höhere Pflicht sein als Geheimhaltung. Es kommt ja überhaupt in solchen Fällen keine »unbefugte« Offenbarung anvertrauter Privatgeheimnisse in Betracht. — Die in der Schweiz empfohlene »vorgängige Anzeige« an die Behörden würde übrigens auch insofern von Wert sein, als dann jedesmal besonders sorgfältige Prüfung von der Notwendigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung nötig würde. — In der schweizerischen Zeitschrift für Strafrecht 1933 S. 454ff. wird in einer Arbeit von *Lanz:* »die straflose Unterbrechung der Schwangerschaft« ein neuer Entwurf der nationalrätlichen Kommission erwähnt, nach der eine ärztlicherseits vorgenommene Schwangerschaftsunterbrechung innerhalb 24 Stunden der zuständigen Kantonal-Behörde angezeigt werden muß.

Auch *Max Fischer*-Berlin wünscht für die Zukunft gewisse Beachtung der rein eugenischen Indikation zum Zwecke der Verhütung von schweren Erbkrankheiten in den kommenden Geschlechtern und empfiehlt, die Entscheidung in solchen Fällen einem obersten Gerichtshof, in dem Medizinalbeamte, Sozial-

---

los, wenn sie von einem diplomierten Arzt vorgenommen wird und sich aus einer Notzucht oder einer unzüchtigen Handlung an einer geisteskranken oder geistesschwachen Frau herleitet.

hygieniker, Erblichkeitsforscher, Eugeniker, Ethiker und Fachärzte sitzen, zu übertragen. *Max Fischer* plädiert für Meldepflicht und fordert eine angemessene Zeit zur Krankenpflege bis zur Ausheilung der verletzten Organe und bis zur vollendeten psychischen Erholung.

Sehr lehrreich ist das Massenexperiment, das man in den letzten Jahren mit dem legalisierten sozialen Abort in Rußland gemacht hat. 1918 bestimmten die Volkskommissariate, daß Abtreibung straflos sei, falls sie von einer schwangeren Frau oder mit deren Zustimmung von einem Arzt vorgenommen wird und die nötigen hygienischen Maßregeln getroffen werden. Im Dekret von Semaschkow wurde verordnet, daß die Schwangerschaftsunterbrechung im zweiten und dritten Monat vorgenommen werden solle, aber nicht früher. Die Frauen haben sich an Kommissionen zu wenden, welche die wirtschaftliche Not zu prüfen haben; eine solche Not wird von der Kommission fast jedesmal anerkannt. Das Hauptmotiv — das muß anerkannt werden — war Kampf gegen den sehr verbreiteten kriminellen Abort durch Eintreten für wirksame ärztliche Hilfe. 1922 wurde das russische Strafgesetzbuch im Sinne der Anerkennung des Aborts aus sozialen Gründen geändert. Bis 1912 waren in Moskau 7900 Aborte im Jahr statistisch bekannt, hiervon 4700 künstlich eingeleitet. 1925 gab es in Moskau 15600 Aborte, 1926 27000. In Leningrad wurden 1925 16600, 1926 20600 Aborte gezählt, hiervon 17,9% außerhalb der Krankenhäuser. Auch auf dem Lande stieg die Zahl der Abtreibungen außerordentlich. Immerhin war hier der Verheimlichungswunsch bei ehelos Lebenden größer als in der Stadt. Wohnungsnot und soziale Not waren aber auf dem Lande geringer. 1928 gab es in Leningrad 37000 Geburten und 53000 Aborte und 1931 50000 Geburten und 78000 Aborte. Auffallenderweise war in den russischen Großstädten nach mehreren Berichten die Hälfte der von 1925 bis 1927 abtreibenden Frauen kinderlos oder hatte nur 1 Kind. Nach den Berichten von anderer Seite handelte es sich jedoch mehrfach um eine große Kinderzahl, auch oft um Syphilis und Tuberkulose.

Den gesetzlichen Bestimmungen gemäß wurden nun in Rußland sogenannte »Abortarien« eingerichtet, in welche die Frauen anfangs unentgeltlich, dann gegen Entrichtung von 8—10 Rubel aufgenommen und operiert wurden. Es stellte sich heraus, daß viele der Aufgenommenen nicht besonders arm waren. 80% waren Arbeiterfrauen, und die Arbeiter in Rußland haben, wie versichert wird, in den letzten Jahren ein leidliches Einkommen gehabt. Die Frauen forderten aber den Abort als »ihr Recht«. Von allen Geburten hatte die Zahl der Aborte im Jahre 1912 in Leningrad 7,5% betragen, sie stieg rasch auf 50%. In Odessa betrug das Verhältnis von Aborten zu Geburten vor dem Krieg 1:73, es stieg nach Inkrafttreten des Gesetzes auf 1:1. Immerhin war nicht zu verkennen, daß die Zahl der Krankheitsfälle und der Todesfälle nach den Mitteilungen verschiedener Berichterstatter sank.

Als jedoch die Frauen nicht, wie im Anfang, schon drei Tage nach der Schwangerschaftsbeseitigung entlassen wurden, sondern erst nach fünf Tagen, stieg die Zahl der festgestellten Infektionskrankheiten ganz wesentlich, da sich die Infektionsfolgen häufig erst nach dem dritten Tage

einstellen. Viele Frauen kehrten auch am 7., am 10. Tage oder später wieder zurück, bzw. wurde festgestellt, daß sie dann schwer infektiös erkrankt waren. Meist handelte es sich um neue Infektionen, aber auch frühere Infektionen flackerten einige Zeit nach der Operation wieder auf. Bei den Infektionen spielten Verletzungen eine große Rolle, weil hierdurch eine gefährliche Eingangspforte für Bakterien geschaffen wurde. Bald stellte sich aber heraus, daß viele Frauen nicht zur Kommission gingen, sondern nach wie vor zum Kurpfuscher. Auch wurde festgestellt, daß die Hälfte der wegen Blutungen in die Kliniken aufgenommenen Frauen zunächst von Kurpfuschern behandelt worden war; in Kiew überstieg die Zahl der kriminellen Aborte die der legalen!

Der allukrainische Kongreß für Geburtshilfe und Gynäkologie, der im Mai 1927 in Kiew tagte, erkannte auf Grund der eingehenden Berichte zahlreicher russischer Fachärzte die Notwendigkeit, weite Kreise vor den schädlichen Folgen der Abtreibung ernstlich zu warnen. Insbesondere wurde hervorgehoben, daß nach den Schwangerschaftsunterbrechungen oft sehr ernste Spätfolgen eintreten: infolge von Narben und Verengerung am Muttermund kam es zu schmerzhafter, unregelmäßiger Menstruation (Dysmenorrhoe). Bei erneuter Schwangerschaft wurden zuweilen Uteruszerreißungen beobachtet. Die Störung der innersekretorischen Tätigkeit führte zu Amennorrhoe und zu Sterilität. Nach mehrmaligem Abort kam es wesentlich öfter zu Geschwülsten der Gebärmutter, bei späteren Geburten zu größeren Blutverlusten in der Nachgeburtszeit, zur Zunahme der Todgeburten und der Eklampsien und namentlich zu chronischen Entzündungen an der Gebärmutter und ihren Adnexen. „Chronische Entzündungen und Aborte ohne Ende — das ist das Erbe dieser Jahre", schreibt der Gynäkologe *Dnepetrovsk*-Leptew. Wenn gleich bei der ersten Schwangerschaft unterbrochen wurde, war das besonders gefährlich: die Gesamtperson veränderte sich dann infolge des plötzlichen Ausfalls des Hormonaustausches zwischen Mutter und Kind. Nicht selten wurden nach Schwangerschaftsunterbrechungen melancholische Depressionszustände beobachtet mit religiösen Versündigungsideen, Selbstmordplänen, Reue, Angst, Erscheinen des getöteten Kindes im Wachen und Traum. Hysterische Krankheitserscheinungen häuften sich. Und im allgemeinen war eine zunehmende Entweiblichung, ein bedenkliches Sinken des Mutterschaftstriebes bemerkbar. Infantile Personen blieben oft infantil, während bestehender Infantilismus nach der ersten Geburt sonst sich auszugleichen pflegt. Pyknische Konstitutionen zeigten abnormen Fettansatz (Dystrophia adiposo-genitalis) und Sterilität. Asthenische Konstitutionen boten nach Aborten dauernde Schwächezustände und Blutarmut dar; Lageanomalien der Gebärmutter wurden bei ihnen häufiger beobachtet. Vor allem wurde auf diesem Kongreß hervorgehoben, daß der kriminelle Abort keineswegs beseitigt sei, seitdem die soziale Indikation offiziell anerkannt worden wäre. Der Gynäkologe *Krasilnikian* erklärte auf Grund einer großen Übersicht, 10 Jahre nach Legalisierung der sozialen Indikation sei »die Abortseuche« eine Gefahr für den russischen Staat geworden. Auch der Volkskommissar Jefimow gab zu, daß es sich um ein biologisches und psychosexuelles Trauma für den weiblichen Organismus handele; es sei aber zunächst nicht möglich, das Gesetz zu ändern.

Die deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie beschloß, das gesamte Material der russischen Erfahrungen in Über-

setzung den deutschen Ärzten und jedem sich für die Volksgesundheit Interessierenden möglichst wortgetreu zugänglich zu machen. In einer vor wenigen Monaten erschienenen Veröffentlichung von Prof. *Aug. Mayer*-Tübingen ist dies geschehen. (Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechung in der Sowjet-Republik, Verlag F. Enke-Stuttgart 1933.)

Das Hauptmotiv der heutzutage so sehr gehäuften Schwangerschaftsunterbrechungen ist auch in Deutschland, wie die diesbezüglichen Veröffentlichungen lehren, in sozialen Momenten zu suchen. Zwar darf nicht vergessen werden, daß Unlust zu den Mühen und Anstrengungen, die Schwangerschaft, Niederkunft und Kindespflege mit sich bringen, recht oft Grund der Schwangerschaftsunterbrechung ist, die modernen Mütter auch oft keine Zeit zur Austragung des Kindes zu haben glauben; recht oft aber spielen Armut und schlechte äußere Verhältnisse die Hauptrolle. Wie oft fehlen die Mittel für die nötige Schonung in Schwangerschaft und Wochenbett; zu diesen Zeiten ist keine Möglichkeit vorhanden, einem Verdienst nachzugehen; erspartes Geld ist nicht vorhanden. Auch die Wohnungsverhältnisse würden der Niederkunft und der Kindespflege oft große Schwierigkeiten bereiten. Oder die erzürnten Angehörigen lehnen jede Gemeinschaft mit der Schwangeren, von vornherein auch mit dem zu erwartenden Kind ab; Schande, Verachtung und Sorgen bedrohen die werdende Mutter. Trotz alledem darf die Not allein keine Indikation zur Einleitung des künstlichen Aborts darstellen, denn sie kann durch die Allgemeinheit behoben werden. Keinesfalls kann Not als Grund zur Tötung einer Frucht anerkannt werden, und das Strafgesetzbuch spricht ausdrücklich von Tötung!

An einzelnen Orten sind Stätten vorhanden, wohin Schwangere bis zu ihrer Entbindung gebracht werden können. So finden in der staatlichen Frauenklinik zu Dresden werdende Mütter 4—6 Wochen vor ihrer Niederkunft durch Vermittlung der Krankenkassen und des Wohlfahrtsamtes Aufnahme. Die Abteilung hat heute einen Bestand von ca. 40 Schwangeren. Die vor der Entbindung in der Klinik verbrachte Zeit ist hier dankenswerter Weise kostenlos; von der Entbindung an beträgt das Verpflegeld M. 6.40 täglich. Fürsorgerisch nimmt man sich auch später der Mütter und Kinder an. Der Leipziger Verein für innere Mission nimmt in seiner Anstalt in Borsdorf bei Leipzig schwangere Mädchen gegen billige Entschädigung auf. — In Berlin-Dahlem, Zietenstr. 24 ist unter Leitung von Dr. *Harmsen* ein Verein »Mutterhilfe für ledige Mütter gehobener Berufsgruppen« tätig. Hier wurden im Jahre 1931 40 Mütter an durchschnittlich 50 Verpflegtagen und 40 Kinder an durchschnitt-

lich 42 Verpflegtagen betreut. Auch die Heilsarmee hat in Berlin eine Stätte für schwangere, mittellose Mädchen. — Ein evangelisches Mütter- und Kinderheim besteht ferner in Soest (Westfalen), Haarhofsgasse 11. Es nimmt Mädchen aus allen Ständen gegen Bezahlung auf, die zum erstenmal vor der Entbindung stehen. Das Heim hat in den letzten 30 Jahren 1600 Mädchen der Provinz Westfalen geholfen.

Es wird gewiß in Städten und Bezirken noch manche ähnlichen Einrichtungen geben, aber hier wie in den öffentlichen Frauenkliniken wird doch um Aufnahme nur dann nachgesucht, wenn die schwangeren Mädchen und Frauen mit ihrer Entbindung rechnen. Die Personen aber, die aus Not oder aus Leichtsinn ihre Schwangerschaft beseitigen lassen wollen, reflektieren natürlich auf solche Institute zunächst nicht. Es würde sich also darum handeln, diese Unglücklichen ausfindig zu machen und für ihre fortlaufende Beratung sowie für ihre Verbringung an einen geeigneten diskreten Aufenthaltsort zu sorgen. Berücksichtigt man die mitgeteilten Zahlen, so muß die Zahl der in Betracht kommenden weiblichen Wesen doch außerordentlich groß sein!

Empfehlenswert scheint mir die Einrichtung einer Zentralberatungsstelle für Mutterhilfe — am besten wohl unter Leitung der Wohlfahrtsministerien in Verbindung mit den Wohlfahrtsämtern. Mutterhilfsheime müssen vorgesehen werden zur Aufnahme und Pflege der sorgenvoll in die Zukunft schauenden Schwangeren. An die Spitze eines solchen Heimes gehört eine wohlwollende Hausmutter. Wenn die Schwangeren in ihren Sorgen zum Arzt gehen und der Arzt sich aus gesetzlichen Gründen ablehnend gegen ihren Wunsch nach Entfernung der Frucht verhalten muß, sollte eine geschickte psychische Einwirkung auf die Hilfesuchende und, wenn das ohne Verletzung des Berufsgeheimnisses, von dem sich der Arzt entbinden lassen müßte, geschehen kann, müßte man unter Mithilfe einer Fürsorgerin die Eltern und Angehörigen bzw. Dienstherrschaften günstig zu beeinflussen suchen. Es kommt darauf an, den von schweren Sorgen Bedrückten neuen Lebensmut, neue Hoffnung und vor allem Liebe zum kommenden Kind einzupflanzen. Die Fürsorge wird für bemittelte Schwangere weniger schwierig sein. Bei verheirateten mittellosen Schwangeren, die aus Not unterbrechen lassen wollen, wird finanzielle Unterstützung (bessere Ernährung, Hilfe in der Hauswirtschaft u. dgl.) nötig sein. — In den Heimen darf es natürlich an entsprechender Beschäftigung nicht fehlen. Hier wird die Herstellung von Kinderwäsche, auch die Pflege der Säuglinge, deren Mütter aus dem Heim wieder ausgeschieden sind, durch die neu ankommenden Schwangeren

eine Rolle spielen können. Fürsorgliche Kontrolle der Mütter und der Kinder wird nach der Entlassung aus dem Heim auf längere Zeit nötig sein. Daß sogenannte Ziehkinder, wenn keine sorgfältige Beaufsichtigung stattfindet, manchmal schnell, manchmal langsam zu Engeln gemacht werden, ist bekannt. In Dresden ist die Ziehkinderbeaufsichtigung übrigens schon seit über 60 Jahren geordnet.

Die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung in so großem Umfang, wie wir sie kennen lernten, ist bevölkerungspolitisch von großer Bedeutung. Es ist doch kein Zweifel, daß ein unverantwortlich großer Prozentsatz an und für sich gesunder Nachkommenschaft das Licht der Welt nicht erblickt, und zwar in vielen Ländern der Welt. Unser Volk, um das wir uns in erster Linie zu kümmern haben, kann nach dem Verlust von $2^1/_2$ Millionen körperlich und geistig gesunder Männer im Weltkrieg eine, wie angegeben wird, so gewaltige Ausschaltung an und für sich hoffnungsvoller Kinder nicht vertragen. Denn wir haben in den letzten Jahren in Deutschland einen geradezu beängstigend zunehmenden Geburtenrückgang zu verzeichnen. Die neuesten statistischen Berechnungen, die ich dem Herrn Präsidenten des Sächs. Landesgesundheitsamtes verdanke, tun dar, daß die Abnahme der Geburten in den allerletzten Jahren besonders stark bei uns in Sachsen war. Im Jahre 1905 hatten wir auf 10000 Einwohner noch 32,7 Geburten. Dann ging es allmählich abwärts, während des Krieges natürlich in rapider Weise; der Tiefstand war 1917 mit 10,8 erreicht. Als die Kriegszeit vorüber war, betrug die Geburtenzahl auf 10000 Einwohner im Jahre 1920 wieder 25,2. Seitdem nimmt der Geburtenrückgang von neuem zu: 1923: 18,5, 1926: 17,2, 1929: 15,8, 1932: 11,2! Auch Dr. *Wegener* wies in seinem Kursus über Rassenkunde und Rassenpflege im Oktober 1933 darauf hin, daß seit der letzten Jahrhundertwende in Deutschland ein rapider Geburtenrückgang zu beklagen ist, während unsere östlichen Nachbarvölker noch drei- bis vierfach so hohe Geburtenziffern haben wie wir.

Im Jahre 1900 kamen in Deutschland auf 1000 Einwohner 35 Geburten, 1913 27,5, 1927 nur noch 18,5, 1930 17,5, 1932 15,1! — Unser Geburtenüberschuß betrug bei 66 Millionen Einwohnern in Deutschland im Jahre 1913 noch 834000, 1931 nur 306000 und 1932 nur 280000, und diese katastrophale Geburteneinschränkung betrifft bemerkenswerter Weise gerade die geistig hochwertigen Schichten. Ich weiß wohl, daß die Schwangerschaftsunterbrechung nicht der einzige Grund des Geburtenrückganges ist; aber dieser Eingriff muß auf die absolut notwendigen Fälle beschränkt werden! Dafür muß eben

in Zukunft mit allen Kräften gesorgt werden, daß ein Mädchen oder eine Frau, deren Wunsch auf Unterbrechung abgelehnt werden muß, ihr Kind nicht in Not und Sorge austrägt und dessen Existenz nur als Last empfindet. Auch solche Kinder sollen in einer Umwelt aufwachsen, die an ihrem Wohl und an ihrer Entwicklung liebevollen Anteil nimmt und keine Mühe scheut, sie zu gesunden und tüchtigen Staatsbürgern heranzubilden. Die Organe der inneren Mission, die karitativen und religiösen Gemeinschaften dürften neben den fürsorgerischen Einrichtungen der Wohlfahrtsämter ein reiches Arbeitsfeld finden! Die diesbezüglichen Vorkehrungen reichen noch lange nicht aus; vor allem sind die gegenwärtig zur Verfügung gestellten Mittel dem tatsächlichen großen Bedürfnis gegenüber viel zu gering. Die Heranziehung der zahlungspflichtigen Stellen bzw. der unterhaltspflichtigen Väter und Angehörigen ist oft mit größten Schwierigkeiten verbunden. Nichtunterstützungsberechtigte Schwangere, die doch der Fürsorge am allermeisten bedürfen, können erst im späten Stadium ihres Zustandes in eine Entbindungsanstalt aufgenommen werden. In ihrer Angst ergreifen sie die erwähnten verbotenen Mittel. — Recht geeignet erscheint mir für den Ausbau der Mutterhilfe die Dresdner evangelisch-lutherische Diakonissenanstalt mit ihrem seelsorgerischen Geist, ihrer Hilfsbereitschaft und ihren trefflichen Schwestern. Nicht minder geeignet sind die Anstalten der inneren Mission. Alle derartigen Institute haben aber heutzutage mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen. Sie können die gedachten Aufgaben nur übernehmen, wenn sie entsprechende Mittel zur Verfügung erhalten. (Bei der Namensgebung der betreffenden Häuser sollten Bezeichnungen wie Rettungshaus, Haus für gefallene Mädchen u. dgl. vermieden werden.) Eine Abtrennung schwer psychopathischer und entarteter von gesunden Mädchen ist nötig.

Kommt es in Deutschland, was wir hoffen und sehnlich wünschen, zu einer »moralischen Aufrüstung«, dann wird die eine Veranlassung zur Schwangerschaftsunterbrechung: die uneheliche Schwangerschaft, seltener werden, und ebenso die Pflichtwidrigkeit, ein in Hoffnung befindliches Mädchen mittellos sitzen zu lassen.

Wie ist nun eine Belehrung der Bevölkerung über all das Unglück der Schwangerschaftsunterbrechung möglich? Hier sollten Eheberatungsstellen, Wohlfahrtsämter, Vereine und dergl. durch geistliche und weltliche Belehrung der erwachsenen weiblichen Jugend mitwirken. Auch Verbreitung eines Merkblattes durch Ärzte, Seelsorger, Fürsorgerinnen wäre nützlich; ich kann einen Entwurf für ein solches Merkblatt zur Verfügung stellen.

Die Sittengeschichte aller Völker lehrt uns, daß Schwanger-

schaftsunterbrechungen immer und überall — hier häufiger, dort seltener — ausgeführt wurden und ausgeführt werden. Eine Abnahme dieser meist ein Verbrechen darstellenden Unsitte muß aufs ernstlichste erstrebt werden; werden doch nicht nur viele, an sich hoffnungsvolle Früchte beseitigt; auch viele chronische Frauenkrankheiten werden durch die zahlreichen künstlichen und kriminellen Aborte sekundär hervorgerufen und ein höchst verderblicher Einfluß auf die Fruchtbarkeit ausgeübt. Die Freude am Kind muß wieder allgemeiner werden! In einer kürzlich erschienenen Schrift »Volk in Gefahr« von Helmut, Verlag von Lehmann, München, Preis M. 1.—, wird in sehr anschaulicher Weise bildlich dargestellt, daß 1890 jede dritte verheiratete Frau von 15—45 Jahren ein lebend geborenes Kind hatte, 1910 jede vierte, 1925 nur noch jede siebente und 1930 nur noch jede achte!

Auch ein großer wirtschaftlicher Schaden wird der Gesamtheit der Bevölkerung durch das Unwesen der Schwangerschaftsunterbrechungen zugefügt. In Berlin betrug im Jahre 1927 die Zahl von der allgemeinen Ortskrankenkasse wegen Fehlgeburten und ihrer Folgen entschädigten Krankheitstage 25541, wozu noch 130770 Krankengeldtage kamen — das sind aber Minimalzahlen, weil die Diagnose bei Fehlgeburten der Kasse gegenüber oft nicht richtig angegeben wird. In Magdeburg war die Durchschnittszahl der nach Fehlgeburten entschädigten Krankentage 14—26. In Breslau wurden 1927 als arbeitsunfähig wegen Frauenkrankheiten und Fehlgeburten 3477 weibliche Mitglieder gezählt, wegen Tuberkulose und anderen Lungenkrankheiten nur 1991. Da genaue Zahlen für die Aborte nicht angegeben werden können, ist auch für den hierdurch entstehenden Schaden keine sichere Zahl zu errechnen. Zweifellos ist, daß das Vermögen der Gesamtheit, die Gesundheit vieler Frauen und Mädchen und das Lebensglück Einzelner wie ganzer Familien durch das in Rede stehende Übel außerordentlichen Schaden erleidet.

Wir sehen, daß Angehörige der verschiedensten Stände und Konfessionen unerlaubte Schwangerschaftsunterbrechungen vornehmen lassen, daß es heutzutage für unehrenhafter gilt, ein uneheliches Kind zur Welt zu bringen als eine in der zartesten Entwicklung befindliche Frucht zu töten. Letzteres ist in und außerhalb der Ehe üblich geworden. Ein Teil der Bevölkerung hat das richtige Feingefühl für dieses Unrecht verloren. Die Androhung schwerer Strafen, obwohl sie nicht entbehrt werden kann, hat sich im großen ganzen als erfolglos erwiesen.

Von Staat und Gemeinden zur Verfügung gestellte vermehrte Mittel zur Fürsorge für bedürftige Schwangere außerhalb und innerhalb der Ehe würden viel Kummer und große Sorgen, viel körperliches und seelisches Leid

verhüten und in bestverstandenem Staatsinteresse angelegt sein! Um die Bewilligung von Geldmitteln wird es sich zunächst handeln. Natürlich muß Mißbräuchen vorgebeugt werden. Ist doch zu bedenken, daß viele Schwangerschaftsunterbrechungen nicht aus Not oder Angst vor der Zukunft, sondern aus Bequemlichkeit und Interesselosigkeit an einer weiteren Kinderzahl vorgenommen werden. Auch darauf muß hingewiesen werden, daß die Ärzte mit der Schwangerschaftsunterbrechung möglichst zurückhaltend sein sollen; einzelne von uns sehen die Bedingungen hierfür zu leicht als gegeben an. Die gemeinsamen Konsultationen, die die Standesorganisation vorgesehen hat, müssen ernstliche Beratungen darstellen[4]). Stellt sich heraus, daß die betreffenden Gutachten nicht vorgelegt werden, so muß die Materie neu geordnet (Meldung an Amtsarzt vor Ausübung der Operation, Kontrolle ihrer Notwendigkeit) und können strenge Maßregeln bei Zuwiderhandlung nicht entbehrt werden.

Nach alledem können Schwangerschaftsunterbrechungen, außer wenn sie aus zweifellosen, klaren medizinisch-therapeutischen Indikationen erfolgen, nicht anerkannt werden. Die eugenischen Indikationen werden noch weiter zu prüfen sein; hier müssen die zurzeit ja eifrig betriebenen rassenhygienischen Forschungen fortgesetzt werden. Auch die klinische Therapie muß noch weitere Verbreitung finden, damit Infektionen und andere pathologische Folgen, wie sie das große Massenexperiment in Rußland aufgedeckt hat, immer mehr vermieden werden. — In der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie vom 3. Februar 1933 in Berlin wurde von autoritativer ärztlicher Seite auf die großen Gefahren hingewiesen, die drohen, wenn Schwangerschaftsunterbrechungen, wie es häufig der Fall sei, in der Sprechstunde, in der Wohnung der Frau und von Nichtfachärzten vorgenommen werden. Abgesehen von Ausnahmefällen, z. B. unstillbarer Blutung, sei allemal Überführung in eine Klinik oder in ein Krankenhaus nötig und möglich. Todesfälle durch Außerachtlassung dieser Vorschriften können recht

---

[4]) Laut Mitteilung des Ärzteblattes für Sachsen, Anhalt und Thüringen vom 1. Februar 1934 S. 31 hat die Ärztekammer Dresden-Bautzen bestimmt, daß — außer bei Fällen gegenwärtiger schwerster Lebensgefahr — zur Feststellung des Erfordernisses einer Schwangerschaftsunterbrechung die Beratung zweier Ärzte nötig ist. Diese haben ihr begründetes Gutachten dem von der Ärztekammer für jeden Bezirksverein ernannten Beratungsarzt zuzuleiten, welcher seinerseits die Schwangere nochmals zu untersuchen, unter Umständen die beantragenden Ärzte zu befragen und ihnen innerhalb vier Tagen Genehmigung oder Ablehnung mitzuteilen hat. Von der stattgehabten Unterbrechung haben die ausführenden Ärzte endlich — wiederum innerhalb vier Tagen — dem Vorsitzenden des zuständigen ärztlichen Bezirksvereins zu berichten.

wohl als fahrlässige Tötung im Sinne von § 222 StGB. aufgefaßt werden. — Wie es z. B. im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden bei anderen Gesundheitsfragen mit so schönem Erfolg geschieht, sollten hier und bei den hygienischen Wanderausstellungen in populärer Form mündlich, schriftstellerisch und bildlich noch viel eindringlicher als bisher die Abtreibungsfragen behandelt und auch das Wissen von den ernsten Gefahren verbreitet werden, welche namentlich bei von Nichtärzten ausgeführter Schwangerschaftsunterbrechung die Gesundheit, ja das Leben der Mütter bedrohen. Auch hier wäre Gelegenheit anzugeben, wo Rat und Hilfe erlangt werden kann.

Die furchtbaren Zahlen, von denen man nur mit Erschrecken Kenntnis nehmen kann, zeigen einen viel größeren Umfang von Erkrankungen und Todesfällen infolge der Schwangerschaftsunterbrechung auf, als bei den meisten Epidemien von Infektionskrankheiten irgendwelcher Art vorkommen. Und dieses Unglück trifft uns Jahr für Jahr! Es bedroht nicht nur die Gegenwart, nein, es ist eine sehr ernste Gefahr für die Zukunft unserer Nation. Gleichviel, ob der kriminelle Abort im einzelnen Fall mehr als Verbrechen oder mehr als Krankheit aufzufassen ist, vorbeugende Bestrebungen sind dringend erforderlich!

Wir sahen, daß kriminelle und medizinische, seelsorgerische, soziale, finanzielle und nationale Fragen in das Problem der Schwangerschaftsunterbrechung hineinspielen. In der Medizin ist die erste Aufgabe immer, die Krankheit zu erkennen, die Diagnose zu stellen; auf dieser Grundlage ist die Behandlung einzuleiten, sind Heilung oder Linderung zu erstreben. Wie können wir dem Übel der freventlichen Schwangerschaftsunterbrechung, das sich, wie wir erkannt haben, immer bedrohlicher entfaltet, wirksam begegnen?

Der einzelne Fall muß psychotherapeutisch, fürsorgerisch und, wenn möglich, seelsorgerisch angegangen werden. Die Gesamtheit muß über die der einzelnen Schwangeren wie der Zukunft der Nation drohenden großen Gefahren aufgeklärt, und es muß gegen die Gleichgültigkeit angekämpft werden, die sich in weiten Kreisen gegenüber der schlechten Gewohnheit der häufigen Schwangerschaftsunterbrechung eingebürgert hat.

Daß die vorstehenden Betrachtungen in der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie u. psychisch-gerichtliche Medizin erscheinen, mag dadurch erklärt werden, daß eben für die Verminderung des besprochenen Unwesens die psychische Beeinflussung werdender Mütter (kleine Psychotherapie) von großem Wert ist und daß allein von der ärztlich-seelsorgerischen Umstimmung der Gesamtheit — man kann das die große Psychotherapie nennen — weitgehende Besserung der bestehenden Übelstände erhofft werden kann.

In Folgendem sei ein Entwurf des auf Seite 34 erwähnten Merkblattes, das Ärzte, Seelsorger, Fürsorgerinnen, Hebammen an in Frage kommende Personen verteilen könnten, gegeben. Die Persönlichkeit, an die sich Hilfesuchende wenden sollen, würde auf der punktierten Zeile des letzten Abschnittes einzutragen sein.

Merkblatt.

Du hast vielleicht eine ledige Freundin, die heimlicherweise ein Kind unter dem Herzen trägt und sich mit Angst und Sorge vor der Zukunft quält. Viele solcher Schwangeren, auch verheiratete, suchen nach einer Gelegenheit, das Kindchen zu entfernen. Habgierige Frauen machen sich ein Gewerbe daraus, solche Früchte »abzutreiben«, verkaufen Mittel, die oft Schwindel sind oder den gewünschten Zweck nur erfüllen, wenn sie in Quantitäten eingenommen werden, die wie ein Gift auch das Leben der Mutter schwer gefährden. Oder sie nehmen verschiedenerlei Eingriffe, ja Operationen vor, bei denen es zu Entzündung oder zu Verletzungen der zarten inneren Organe und sehr oft zu Blutvergiftung kommt. Jahrelange Unterleibserkrankungen sind die häufige Folge solcher gesetzlich streng verbotenen Maßnahmen. Die Zahl der dadurch bedingten Todesfälle ist erschütternd. Nicht selten kommt es zu dauernder Unfruchtbarkeit für das ganze Leben.

Das Mädchen, die Frau, die eine in der Entwicklung begriffene Frucht beseitigen will, bedenkt nicht, daß das Kind im Mutterleib lebt, wenn es auch von sich ebensowenig weiß, wie ein Neugeborener in den ersten Monaten. Es ist eben eine sehr weise Einrichtung des Schöpfers, daß das Menschenkind während der ersten 10 Monate im Mutterleib verbleibt, wo es die Mutter mit ihrem Blut nährt, in ihrem Leib vor Erschütterung und Stößen schützt, mit ihrer Lebenswärme erhält. Und die eigene Mutter sollte ihr Kind, ihr wertvollstes Besitztum, zu einer Zeit, wo es noch so klein und der zartesten Pflege bedürftig ist, töten wollen? Um Tötung, um nichts anderes, handelt es sich bei den Unterbrechungen der Schwangerschaft. Das kleine Wesen stirbt ja sofort, wenn es in den ersten 7 Monaten aus der Gebärmutter ausgetrieben wird.

Nein, so Schlimmes sollte kein deutsches Mädchen, keine deutsche Frau tun. Die spätere Liebe des Kindes zur Mutter wird dieser alle schweren Stunden entschädigen. Die zukünftige Freude am Kind wird alles Leid der Gegenwart, so groß es auch manchmal ist, gutmachen.

In den wenigen Fällen, in denen das Leben der Mutter durch Schwangerschaft oder Geburt ernstlich bedroht ist und solche Gefahren auf andere Weise nicht abgewendet werden können, darf die Schwangerschaft vom Arzt, aber nur vom Facharzt in einer Frauenklinik oder der geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses unterbrochen werden. Dazu ist ein Arzt allein nicht berechtigt, mehrere Ärzte müssen hierüber miteinander beraten.

In der Notlage, in der sich gewiß viele unerfahrenen schwangeren Mädchen befinden, soll aber geholfen werden. Freundliche Schwestern rufen zu diskreter Besprechung und Hilfe für werdende Mütter und für die zu erwartenden Kinder. Hilfesuchende wollen sich schriftlich oder mündlich an

. . . .

wenden, von wo ihnen ein Bescheid über Ort und Zeit einer mütterlichen Beratung zugehen wird. Man wird mit ihnen überlegen, wo sie die letzten Monate vor der Entbindung verbringen, wo sie die Geburt durchmachen und in welcher Weise die finanzielle Frage geordnet und später für Pflege und Erziehung des Kindes gesorgt werden kann.

(Aus der württ. Heilanstalt Weinsberg.)

Physiologischer Fetischismus.

Von
Hans Wildermuth, Weinsberg.

Die Literatur über die sexuellen Perversionen ist so ungeheuerlich angeschwollen, daß wohl kaum ein Menschenleben ausreichte, sie nur halbwegs zu durchforschen. Trotzdem scheint das Letzte noch nicht gesagt; das gewaltige und oft so bizarre Tatsachenmaterial wird noch immer mit mehr oder weniger Berechtigung in die bekannten vier Fächer von Homosexualität, Fetischismus, Sadismus und Masochismus eingeordnet. Auch die Psychoanalyse, die für die Erforschung gerade dieses Gebiets so viel getan, war doch hauptsächlich bemüht, den Einzelfall in Einklang mit ihrem Dogma zu bringen, in dem ebenfalls wieder die vier Gruppen als die letzten Möglichkeiten Aufnahme gefunden hatten.

Der Psychoanalyse gegenüber muß zunächst die entscheidende Bedeutung der Konstitution, wie bei allen Neurosen, so bei den Perversionen betont werden. Nicht das Trauma ist das Wichtige, jedenfalls nicht das für die Entstehung Wichtige (inwieweit für die Therapie, darüber soll ein Nichtanalytiker mit dem Urteil zurückhaltend sein). Jeder Mensch erleidet solche seelischen Traumen: jeder wohnt einmal irgendwie einer Prügelszene bei — es werden trotzdem darum nicht alle Flagellanten; jeder sah schon einen eleganten Damenschuh — wir sind darum nicht alle Schuhfetischisten geworden.

Es ist genau wie bei der Tuberkulose: Die Infektion, das Eindringen der Bakterien in den Körper ist nicht das Entscheidende, denn das kommt oft und immer wieder vor, sondern wie der Körper darauf reagiert, ob er den Schädlingen überhaupt die Möglichkeit der Festsetzung und Ansiedlung gewährt. Hier wie dort sind also die causae nocentes ubiquitär, hier wie dort entscheidet die individuelle Konstitution, ob sie gefährlich werden.

Der Einwand, die Entstehung einer Perversion bedürfe der notwendigen Disposition im Augenblick des Traumas, ist weder exakt zu beweisen noch zu widerlegen; indessen spricht dagegen doch sehr die alltägliche Erfahrung, daß die Mehrzahl der Menschen gegen solche Traumata, die sie ja oft bei ganz verschiedener Disposition erleiden, immun sind.

Es ist ein ganz ungeheurer Mangel, daß irgendwelche Beobachtungen über das Geschlechtsleben Gesunder gar nicht vorliegen, und auch die Aussicht, hierüber ein großes, zuverlässiges Material zu sammeln, ist sehr gering. *Haveloc Ellis* hat es versucht, aber was beweisen schon einhalb Dutzend Fälle?

So muß uns zunächst die platteste, alltäglichste Binsenwahrheit weiterführen — und kann es auch, nämlich der Satz, daß die Geschmäcker verschieden sind. Daß der eine blondes, der andere dunkles Haar vorzieht, der eine auf gute Figur, der andere auf hübsche Hände sieht, ist sicher keine absolut neue Entdeckung, sie zeigt aber, daß auch die Gesunden auf ganz verschiedene Reize ansprechen, daß Dinge, die den einen sexuell erregen, den andern kalt lassen. Dabei handelt es sich stets um sekundäre Geschlechtsmerkmale, ja häufig nicht einmal um solche, jedenfalls ausschließlich um Dinge, die mit dem Geschlechtsverkehr nichts zu tun haben, d. h. jeder Mensch ist bis zu einem gewissen Grade Fetischist.

Dieser Zustand unterscheidet sich grundsätzlich vom »natürlichen« beim Tier. Dieses wird nur gereizt durch den Geruch — teilweise vielleicht auch den Anblick der Genitalien der brünstigen Geschlechtspartner. Alles andere ist völlig gleichgültig. Man hat nie bemerkt, daß ein Stier Kühe mit geschweiften Hörnern oder kleinen Hufen den anderen vorzieht. Diese Vorstellung ist grotesk. Das Tier kennt einzig und allein den physiologischen Fetisch.

Man hat freilich geglaubt, Andeutungen von Perversionen auch beim Tier zu beobachten: Grausamkeiten beim Begattungsakt, Koitusversuche gleichgeschlechtlicher Tiere u. a. m., aber bei Beurteilung solcher Vorgänge ist doch äußerste Zurückhaltung am Platz.

Daß das Auftreten von Perversionen beim Menschen irgendwie mit der Domestizierung zusammenhängt, ist klar und wurde auch schon oft ausgesprochen. Es verschwindet beim Menschen, der dem schlimmsten Kampf ums Dasein enthoben ist, das Gebundensein an bestimmte Brunstperioden: er wird, im Gegensatz zum Tier, dauernd erotisierbar. Daher ist das Zusammenleben von Menschen niemals frei von Erotik, und es leuchtet ein, daß da leicht ein Suchen nach neuen, stärkeren Reizen entsteht, während das Tier zur Brunstzeit das Geschlechtsleben jedesmal wieder neu entdeckt. Lediglich zur Paarungszeit ist das Tier ein Geschlechtswesen.

Ferner wird durch die Bekleidung der Sexualreiz von den bedeckten Genitalien abgezogen, auf die sekundären Geschlechtsmerkmale, ja auf die Kleidung abgelenkt; diese ist für uns schlechterdings ein Teil des Körpers geworden, sie gehört zur

körperlichen Erscheinung ebenso gut wie Größe, Gang, Haarfarbe oder noch mehr. Daß ein an sich unvorteilhaftes Äußeres durch geschmackvollen Anzug gehoben, natürliche Anmut durch unansehnliche Kleidung verdeckt werden kann, weiß jeder. Kleidung wirkt auf uns einfach als sekundäres Geschlechtsmerkmal und ist unbedingt als solches zu werten, ja darüber hinaus ist die Kleidung geradezu zum erotischen Anlockungsmittel κατ᾽ ἐξοχήν geworden.

So kommt es, daß der erotische Reiz vom Genitalen weggeschoben wird, auf die Dinge übergeht, die an und für sich nichts mit der Genitalsphäre zu tun haben. Und nun bedeutet es nur einen ganz kleinen Schritt weiter, daß der Trieb, seines eindeutigen Steuers beraubt, nicht nur an Dingen, realen Gegenständen hängenbleibt, sondern auch gereizt wird durch Tätigkeiten, Situationen, Szenen. So kommt es dahin, daß manche sexuell erregt werden durch klavierspielende, rauchende, reitende Frauen. Man könnte hier statt von einem dinglichen, realen, von einem szenischen Fetischismus reden. D a m i t e r k l ä r t s i c h j e d e P e r v e r s i o n a l s e i n e g e w i s s e F o r m d e s F e t i s c h i s m u s.

Solcher Fetischismus verbindet das noch sicher Normale mit dem zweifellos Krankhaften in einer breiten Übergangszone. Eine Grenze läßt sich zwischen Gesund und Krank auch hier nicht scharf ziehen. Von Perversität wird man wohl nur dann reden können, wo ein ganz bestimmter, u. U. höchst komplizierter Fetisch allein die sexuelle Erregung herbeiführt oder schon an sich zur Auslösung des Orgasmus genügt.

Nun gibt es gewisse häufig vorkommende, typische Perversionen, so häufig und typisch, daß sich Gleichgesinnte zusammenfinden: Schuh- und Wäschefetischismus, aktive und passive Algolagnie und besonders die Homosexualität in ihren verschiedenen Spielarten. Zunächst läßt sich nur soviel darüber sagen, daß erfahrungsgemäß gewisse Dinge besonders leicht mit Sexualsphäre anastomosieren. Zweifellos richtig ist die Beobachtung, die wir psychoanalytischer Forschung danken, daß der Mensch eine gewisse Stufenleiter der sexuellen Entwicklung durchmacht, es gibt sicher so etwas wie ein analsadistisches und ein zwischen den Geschlechtern noch nicht unterscheidendes, also gegebenenfalls auch homosexuelles Stadium. Je mehr Reste solcher Peroden in die Sexualität des reifen Menschen übergehen (Spuren werden sich vielfach aufzeigen lassen), um so mehr wird oder vielmehr bleibt dieser pervers. Da wir, wie schon gesagt, über Geschlechtsleben der Normalen überaus wenig wissen, so können wir auch nicht ahnen, wieviele Menschen ohne jeden Fetisch lediglich durch ein Wesen andern Geschlechts sexuell erregt werden können, sich mit dem physiologischen Fetisch begnügen. Min-

destens ein gewisser »negativer Fetischismus« wird sich bei den allermeisten finden: Gewisse Dinge werden auf fast jeden abschreckend oder mindestens hemmend wirken: Alter, körperliche Mißbildung u. a. m.

Es wird sich auch kaum feststellen lassen, ob die Neigung zu Perversionen erblich ist. Nach unseren ganzen heutigen wissenschaftlichen Anschauungen erscheint dies höchst wahrscheinlich. Andererseits ist zu bedenken, daß stark Pervertierte sich weniger fortpflanzen wie Gesunde und sich die Perversionen, entständen sie nicht immer wieder neu, allmählich selbst ausmerzen würden.

Bei teleologischer Betrachtungsweise erscheint es erstaunlich, daß ein so stark mit allem biologischen Geschehen verknüpfter Trieb unsicher, objektschwankend, pervers werden kann; so sieht man in dieser Tatsache gerne ein besonderes Entartungszeichen. Die Naturwissenschaft wird gut tun, sich von solcher Betrachtungsweise, die ihr nicht zusteht, fernzuhalten. Immerhin kann sie darauf hinweisen, daß ein noch viel wichtigerer Trieb genau in derselben Weise pervertiert ist: der Nahrungstrieb.

Alles über den Geschlechtstrieb Gesagte läßt sich mutatis mutandis auch vom Nahrungstrieb sagen. Längst hat der, unter durchschnittlichen, zivilisierten Verhältnissen lebende Mensch aufgehört, durch die Nahrungsaufnahme seinen nackten Hunger zu stillen, die regelmäßigen Mahlzeiten geben das Verlangen nach Abwechslung, nach Reizsteigerung. Und dies Bedürfnis ist soweit gesteigert, daß sogar Gifte: Alkohol, Kaffee, Nikotin mit hohem Genuß verzehrt werden. Auch bei der Nahrung sind die Geschmäcker verschieden, jeder hat seine Leibgerichte. Und darüber hinaus gibt es Individuen, die einseitig und im Übermaß Dinge genießen, die für »Normale« lediglich Würze und Zutat sind: der eine ißt pfundweise Süßigkeiten, der andere verspeist Zwiebeln roh wie Äpfel, einer ißt nur faule Birnen und ein anderer beschmiert alles mit Senf; von übermäßigen Rauchern und Trinkern gar nicht zu reden. Man kann solche Individuen getrost »Geschmacksperverse« nennen, und es ist bekannt, wie in der Schwangerschaft sich solche Geschmacksperversitäten ausbilden. Ja der Genuß der Nahrungsaufnahme kann abhängig sein und ist es auch tatsächlich sehr oft von der Art, wie der Tisch gerichtet ist, wie die Speisen serviert werden, zu welcher Stunde man sie einnimmt, d. h. also von Dingen, die mit der Hungerstillung gar nichts zu tun haben. Beide Triebe können auch unter ähnlichen Bedingungen in dasselbe Gegenteil umschlagen: in den Ekel. Und ebenso hat auch der Nahrungstrieb seine negativen Fetische: Speisen, die unter keinen Umständen genossen werden können.

Der Unterschied ist lediglich der, daß bei mangelnder Be-

friedigung der Nahrungstrieb sich sehr rasch primitiviert und zwingend seine Stillung verlangt› dem hungernden Gourmand schmeckt auch ein Stück Schwarzbrot aus schmutziger Hand; während der Geschlechtstrieb durch Enthaltsamkeit nicht in dieser Weise gespannt werden kann. Immerhin ist dieser Unterschied auch nur ein gradueller und nicht grundsätzlicher.

Zusammenfassung: Durch die Domestikation wird einerseits eine dauernde sexuelle Reizbarkeit bewirkt, andererseits dies stets wache Triebleben durch die Bekleidung vom Genitale weg auf sekundäre Geschlechtsmerkmale verschoben und weiterhin auf solche Dinge, die zum Geschlechtsakt in immer loserer Verbindung stehen. So entsteht ein »physiologischer Fetischismus«, der ohne scharfe Grenze zu den eindeutig pathologischen Perversionen aller Spielarten führt. In Ursache und Wirkung ganz parallele Erscheinungen lassen sich beim Nahrungstrieb aufzeigen.

Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Münster i. Westf.
Direktor: Professor Dr. *F. Kehrer*.

Über den Wandel des klinischen Bildes bei Huntingtonscher Krankheit.

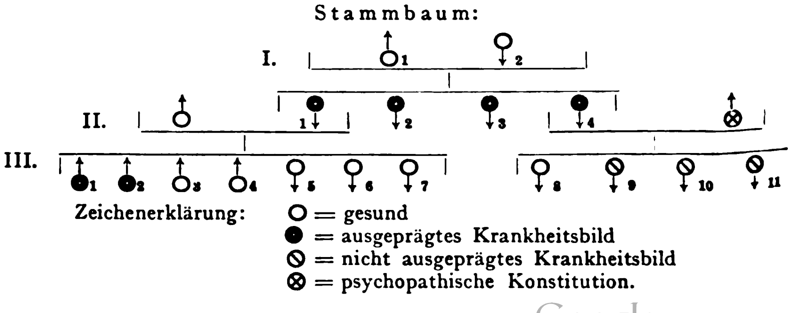
Von

Wilhelm Tieke.

Schon bald nach der erstmaligen Beschreibung der Chorea-Huntington (1872) tauchten in der Literatur Angaben auf, die Abweichungen von dem beschriebenen, klassischen Symptomenbild zeigten. Differenzen bzgl. der Heredität, die manche Autoren veranlaßten, eine erbliche von einer nicht erblichen Form zu unterscheiden, stellten sich zu einem großen Teil als durch ungenügende Hereditätsanamnese bedingt heraus und dürften im Laufe der Jahrzehnte wohl infolge genauerer genealogischer Forschungen immer seltener zu verzeichnen sein (*Kehrer*). Andererseits häuften sich die Fälle, in denen die choreatische Bewegungsstörung, die als Hauptsymptom der Krankheit den Namen gibt, mehr oder weniger abgeändert in die Erscheinung tritt. Wir finden teils Übergänge zu anderen Krankheitsformen, die gleichfalls dystonisch-hyperkinetisch charakterisiert sind wie Athetose, Torsionsdystonie und Myoklonusepilepsie oder in die gegenteilige Erscheinungsform der Versteifung übergehen, wie wir es finden bei der Westphal-Strümpell-Wilsonschen Pseudosklerose, dem postenzephalitischen Parkinsonismus und bei der Paralysis agitans.

Auch die im folgenden näher beschriebene Huntington-Sippe weist in mancher Hinsicht atypische Krankheitsbilder auf, die geeignet sind, einen Beitrag zur Klärung der nosologischen Einheit der extrapyramidalen Erkrankungen zu liefern.

Stammbaum:



I 1 A. Fr. kehrte aus dem Kriege mit einem »Nervenleiden« heim. Er litt an »starkem Zittern« und »heftigem Schütteln«.

II 1 Frau S. geboren am 28. 12. 1875. Kindheit und Pubertät verliefen normal. Ihrer Ehe mit einem gesunden Manne entstammten sieben Kinder (II 1—7). Die Krankheit begann nach der Geburt des ersten Kindes, wo die Kranke 22 Jahre alt war. Sie wurde damals (Angaben des Ehemannes) auffallend ruhig und langsam in ihren Bewegungen, vernachlässigte ihre häuslichen Arbeiten, obschon sie sonst stets pflichtbewußt war. Vom dritten Kinde an verschlimmerte sich das Leiden, das Gedächtnis nahm ab und der Gang wurde schwerfällig. Die Erscheinungen verstärkten sich im Laufe der Jahre, so daß Anstaltsaufnahme nötig wurde.

Aufzeichnungen der Anstalt:

7. 5. 1913. Geht mühsam, breitspurig, schwankend, nur mit Unterstützung auf die Abteilung. — 8. 5. Untersuchungsbefund: Gut genährt, Haut blaß, gedunsen, an Beinen und Armen mehrere bläulich-grüne Flecken (Sugillationen von Stößen). Blick starr, bohrend, stechend. Pupillen äqual, rund, etwas exzentrisch, Lichtreaktion etwas träge, Prüfung auf Convergenz unsicher wegen Unruhe. Facialis beiderseits gleich innerviert. Zunge kann nicht herausgestreckt werden. Sprache schwer, lallend, undeutlich, ohne eigentliches Stolpern der Silben; bei schwierigen Paradigmen nicht viel mehr behindert, sowohl da, als bei gewöhnlichen Antworten erfolgt die Aussprache erst nach einer Pause, mit einem zögernden Ansatz. Patellarreflexe beiderseits gleich, ziemlich lebhaft. Bei der Sensibilitätsprüfung werden Nadelstiche prompt gefühlt und als schmerzhaft lokalisiert. Die Motilität ist hochgradig gestört, was auf den ersten Blick das ganze Bild beherrscht. Die Patientin ist dauernd in groben, zwecklosen, schlenkernden Bewegungen der oberen Extremitäten, beschreibt in der Luft mit den Händen regellos Kreise, Verdrehungen, Stöße, choreatische Zuckungen. Von Zeit zu Zeit beteiligen sich auch die Rumpfmuskulatur und die unteren Extremitäten an den Zuckungen, auch, jedoch seltener die Gesichtsmuskulatur. Beim Stehen spreizt die Patientin die Beine weit auseinander und neigt zum Hinfallen. Das Rombergsche Phänomen ist positiv. Greifbewegungen erfolgen langsam und zögernd, aber ohne starke Koordinationsstörung. Bei der Anrede lächelt sie, dann wechselt ein vorherrschend starrer Gesichtsausdruck mit beweglicher Mimik. Ihre Personalien gibt sie richtig an; nach kurzem Zögern erfolgt die Antwort hastig, besonders bei kurzen Worten. Ebenso beantwortet sie richtig Fragen aus der Geschichte, der Geographie, sowie ihre eigenen Verhältnisse betreffend. Verschiedene Scherzfragen faßt sie richtig auf, lacht und geht nicht auf den Leim. — 15. 5. Patientin ist aufgestanden, sitzt unsicher auf einem Sessel, freut sich aber an dem schönen Sonnenschein im Garten, äußert keine Klagen und Wünsche. Gedanken offenbar arm und verlangsamt. — 20. 5. Fühlt sich ziemlich wohl, ist ohne Schmerzen, sitzt auf einem bequemen Sessel. Beständig rollende, schlenkernde Bewegungen der Arme mit Verdrehungen in den Handgelenken, etwas weniger, doch auffallend genug an Rumpf und Beinen, am wenigsten am Kopf. Bei intendierten Bewegungen sind die Zuckungen geringer, ohne ganz aufzuhören, und Patientin kommt mit einiger Mühe doch zum Ziel. Die Beine versagen den Dienst zum Stehen und Gehen fast vollständig. Antworten erfolgen prompt, ruckweise. Die Namen ihrer Kinder, auch deren Alter kennt sie genau, nennt

aber mehrmals denselben Namen und kommt erst nach Wiederholung zur richtigen Aufzählung. Die Uhr liest sie richtig ab. Im ganzen ist sie stumpf und gleichgültig und scheint sich wenig Gedanken zu machen. — 13. 7. Sitzt den ganzen Tag leidlich sicher auf einem einfachen Stuhl. Gehen kann sie nur mit Unterstützung, beim Stehen sinkt sie sofort in die Knie zusammen. Die Stimmung ist fast immer über dem Strich, meist heiter, sie freut sich, wenn sie angeredet wird, spricht mühsam und mit Anstrengung. — 25. 9. Sie ist ziemlich guter Laune, macht sich nicht viel Gedanken über ihren trostlosen Zustand. Sie verzichtet wohlweislich darauf, größere Bewegungen und Ortswechsel zu unternehmen, von denen sie den negativen Erfolg wohl kennen mag. — 20. 10. Patientin ist durchweg heiter und zufrieden. Die Sprache ist sehr schwerfällig. — 20. 12. 1913. Heftige choreatische Bewegungen erschweren ihr Verweilen im Sessel, in dem sie nur mit der nötigen Hilfe sitzen bleibt. — 10. 1. 1914. Verweilt über Tage im Sessel, macht dauernd die typischen Bewegungen, die sich verstärken bei beabsichtigten Bewegungen z. B. Handreichen. — 15. 4. In letzter Zeit ist Patientin sichtlich zurückgegangen, sie liegt dauernd zu Bett, da Dekubitus an den Glutaei und den beiderseitigen Trochanteren das Sitzen im Sessel unmöglich macht. Des Nachts ist sie reichlich unruhig. Die Sprache ist schwer verständlich. Häufig herrscht eine traurige Stimmung vor, die ein gewisses Verständnis für die Lage verrät. — 10. 5. Exitus letalis.

II 4 Frau K. geboren am 2. 1. 1872, Schwester der vorigen. Kindheit und Entwicklung verliefen normal. Frau K. ist geistig normal, hat aber keine Gewalt über ihre Glieder, sie soll häufig »Krampfanfälle« bekommen. Nach Angaben der Angehörigen hat sie sich durch Fallen ins Feuer verbrannt und verletzt. Der Gang wurde schwerfällig und schlürfend, es traten Gedächtnisstörungen und Veränderung in der Sprache ein. Anstaltsaufnahme am 16. 5. 1919. Untersuchungsbefund: Blasse, mittelkräftige Frau, Muskulatur schlaff, Gesichtsausdruck etwas starr und leicht maskenhaft. Schädel nicht klopfempfindlich, keine Nervendruckpunkte. Facialis funktioniert etwas schwerfällig, aber gleichmäßig. Zunge wird gerade vorgestreckt, zittert leicht, keine fibrillären Zuckungen. Pupillen gleich rund, reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Kopfbewegungen sind nicht gut möglich, bei Augenbewegungen wird stets der ganze Kopf mitbewegt. Sprechen erschwert, hustet beim Trinken. Kniereflexe nicht gesteigert, pathologische Reflexe nicht eindeutig auslösbar. Sensibilität leicht gesteigert, keine besonderen Gebiete. — Patientin läßt sich ruhig auf die Abteilung führen, liegt stets ruhig zu Bett. Bei Anreden ist sie freundlich, fragt stets, ob sie hier wieder ganz gesund werde. Sie ist persönlich orientiert, kann aber das Jahr und den Tag nicht angeben; »ich bin darin verkommen«. — (Wo hier?) — In X., Nervenheilanstalt. (Weshalb hier?) — Weil ich so krank bin, schwache Nerven habe. (Wie zeigt sich das?) — Seit dem letzten Kinde, da habe ich so schwache Nerven bekommen. (Wie zeigt sich das?) — Wenn ich esse, dann zittern mir die Hände so. (Seit wann sprechen sie so schlecht?) — Seit dem letzten Kinde, da habe ich so schwache Nerven bekommen. — Erzählt dann in läppischer Weise tausend Einzelheiten von ihren Angehörigen und Bekannten. (Wie zeigte sich die Krankheit zuerst?) — Die Hände und Füße schlugen mir so, ich konnte nicht mehr gehen. (Wo in der Schule?)

— In X., ich konnte lernen bis zum 19. Jahr, jetzt kann ich nicht mehr, das müssen wohl die Nerven sein. — Verschiedene Rechenaufgaben löst sie falsch, teils antwortet sie: weiß ich nicht. — Von der Pflegerin wurde beobachtet, daß die Kranke zuweilen wie benommen und mit verdrehten Augen daliegt und auf Anruf nicht reagiert. — 25. 4. Psychisch außer der zunehmenden Demenz nichts Besonderes beobachtet. — 30. 5. Nachmittags Erbrechen, klagt über Brechreiz, keine Kopfschmerzen. Pupillen bei hellem Wetter sehr weit, Licht- und Konvergenzreaktion träge. Alle Bewegungen sind unsicher und schwerfällig. 2. 6. Klagt über Brechreiz, kein Erbrechen mehr aufgetreten, keine Kopfschmerzen. — 10. 6. Psychisch und körperlich unverändert, Erbrechen ist nicht mehr erfolgt. — 15. 7. Klagt häufig über Schmerzen im rechten Arm. — 13. 3. 1930. Im Ganzen unverändert. — 16. 3. Gang breitbeinig und unsicher, im rechten Arm beim Gehen choreiforme Bewegungen. Sprache verwaschen, verschluckt sich beim Trinken. Die Zunge weicht leicht nach links ab, kein Zittern. Alle Bewegungen der Extremitäten sind unsicher und zuweilen plötzlich ausfahrend, sie kann die Finger zu irgendwelchen Handfertigkeiten nicht gebrauchen. — 13. 4. Psychisch und somatisch keine Änderung. — 16. 7. Die Sprache wird langsam, aber ständig undeutlicher. Die unmotivierten Bewegungen in den Armen, besonders links werden häufiger. Sobald die Patientin den Arzt zu sehen bekommt, sagt sie: Nach Änneken, hat schwarze Augen und schwarze Haare. — 21. 9. Sie redet stets die gleichen Sätze, weint, weil sie nicht fort kann. — 22. 12. Fortschreitende Verblödung. Während sie bei ihrer Einlieferung noch einige Allgemeinkenntnisse hatte, sind diese jetzt fast völlig geschwunden. — 14. 2. 1922. Die choreatischen Bewegungen haben sich in der letzten Zeit sehr verstärkt, besonders ist der rechte Arm beteiligt. Die Sprache ist viel undeutlicher geworden und kaum verständlich. Auch die geistigen Fähigkeiten haben sehr abgenommen. Sobald der Arzt sich sehen läßt, geht sie schwerfällig auf ihn zu und sagt unaufhörlich: Nach Änne, nach Änne, nach Änneken. Sie kann nicht alleine essen und sich nicht alleine an- und auskleiden. — 5. 5. Sie lacht häufig ohne erkennbare Ursache vor sich hin. Die Sprache ist ganz unverständlich geworden, sie redet bei jeder Visite auf den Arzt ein. — 8. 6. Sie wird in letzter Zeit sehr unsauber. Der Gang wird immer unbeholfener, die Sprache ist nicht mehr verständlich. Nahrungsaufnahme reichlich. — 2. 7. Sie wird jetzt sehr unsicher beim Gehen, stürzt häufig hin dabei und verletzt sich. — Ab und zu Schluckbeschwerden, sie kann den Mund aber fingerbreit öffnen; Fieber, wahrscheinlich Angina. — 14. 9. Sehr unrein, näßt dauernd ein. — 10. 12. Kann gar nichts mehr essen, da sie zeitweilig überhaupt nicht mehr schlucken kann, oder sich häufig verschluckt. An manchen Tagen schluckt sie besser. Sie liegt dauernd zu Bett. Die Sprache ist ganz unartikuliert, lallend, kaum verständlich, sie sagt bei jeder Anrede: Nach Anna, nach Anna; sonst gar keine Unterhaltung möglich. Choreatische Bewegungen in Armen und Beinen, besonders im linken Arm. — 14. 1. 1922. Sie wird körperlich täglich schwächer. Fast gar keine Nahrungsaufnahme mehr. — 16. 2. Fortschreitender Verfall. — 27. 2. Gestern bewußtlos, heute unter Trachealrasseln Exitus.

II. 2 u. 3. Geschwister der Vorigen. Beide litten nach Angaben der Verwandten »an derselben Krankheit wie ihre Schwestern«. Beide starben gleichfalls schon in mittleren Jahren.

III. 1. Paul S. geboren am 9. 10. 1902.

2. 12. 1929. War früher nie krank. 1927 machte er eine Appendektomie durch. Seit einem Jahre fühlt er sich schwach in den Knien, allgemein schlapp und müde und hat auch in den Händen keine Kraft mehr. Er konnte deshalb im vorhergehenden Sommer auch nur noch leichte Arbeiten verrichten. Er kann jetzt Gegenstände nur kurze Zeit festhalten, dann Nachlassen der Kraft in den Armen, ebenso Ermüden der Beine, wenn er nur kurze Strecken geht. Er meint, daß sich seine Beschwerden in den letzten Monaten noch bedeutend verschlechtert haben. Seit diesem Sommer merkt er weiter, daß er nicht mehr so sprechen kann wie früher. Er spricht nur noch wenig und abgehackt. Des Nachts schläft er sehr schlecht, träumt viel, allerhand dummes Zeug, redet oft sehr laut. Er hat zu nichts Lust, ist immer niedergeschlagen, Der Patient befindet sich in mäßigem Kräfte- und Ernährungszustande, ist von asthenischem Habitus. Der neurologische Befund ergibt keine Druck- oder Klopfempfindlichkeit des Kopfes. Die Austrittsstellen der Hirnnerven sind frei, kein Spontan- oder Fixationsnystagmus. Pupillen beiderseits gleich weit, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Rechter Mundfacialis schwächer als linker, rechte Nasolabialfalte nicht so deutlich wie linke. Links gelegentlich spontaner Facialiskrampf. Rechtes Auge kann nicht isoliert geschlossen werden. Die herausgestreckte Zunge wird nur wenig bewegt. An den übrigen Hirnnerven kein wesentlich krankhafter Befund. Radiusperiost- und Sehnenreflexe sehr lebhaft (bis gesteigert), Radiusperiostreflex mit vergrößerter reflexogener Zone. Muskelspannung ganz leicht erhöht, vielleicht leichte Spasmen. Grobe Kraft vielleicht etwas weniger als normal. Finger-Finger und Finger-Nasen-Versuch psychogen etwas unsicher, kein Vorbeizeigen, kein Intentionstremor. Cremaster- und Bauchdeckenreflexe beiderseits gleich und lebhaft. Patellar- und Achillessehnenreflexe sehr lebhaft bis gesteigert, beiderseits gleich, Patellarsehnenreflexe mit psychogenem Nachschleudern und zwar bei mäßigen Schlägen besonders stark. Fußsohlenreflexe beiderseits vorhanden, gelegentlich spontane Babinskiähnliche Stellung rechts, Oppenheim rechts nicht deutlich, links negativ. Keine sicheren pathologischen Reflexe. Die Muskelspannung rechts weist gelegentlich Spasmen auf. Erschöpflicher Patellar- und Fußklonus, beiderseits. Der Gang macht einem etwas spastischen Eindruck, beim Gehen mit geschlossenen Augen leichtes Abweichen von der Geraden. Beim Romberg psychogenes Schwanken nach vorn ohne Gleichgewichtsverlust. Vasomotorische Erregbarkeit lebhaft, mechanische Muskelerregbarkeit normal. Sensibilität, Lagegefühl intakt. Sprache etwas abgehackt und wortarm, aber nicht skandierend, sehr schnelle Sprechweise. Psychisch zeigt Patient ein unauffälliges Benehmen, ist gut orientiert, verrät keine merkliche Störungen der Intelligenz, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses. Bei der Nachuntersuchung am 6. 9. 1930 sind die subjektiven Angaben die gleichen, nur das Gehen sei schlechter geworden. Der neurologische Befund ergibt eine Steigerung der Kniesehnenreflexe, die Sprache ist abgehackt, der Gang steif, es fallen einige manirierte Handbewegungen auf. Haut und Schleimhäute sind blaß, der Allgemeinzustand nicht ganz genügend. — 18. 9. 1930. Nachuntersuchung: Stumpfer, wenig bewegter Gesichtsausdruck, Lidschlag nicht besonders selten, aber langsam. Muschelige Sprache, reichlich Speichel in der Mundhöhle. Kein Salbenglanz

des Gesichtes, etwas Glanzauge. Befund am 1. 6. 1931: S. gibt an, daß sich sein Zustand seit seinem Aufenthalt in der Klinik weder gebessert noch verschlechtert habe. Die Steifigkeit in Armen und Beinen sei die gleiche wie früher, auch die Sprache sei nicht besser geworden. Die neurologische Untersuchung ergibt im wesentlichen das Gleiche wie am 6. 9. 1930. An der unteren Extremität jetzt deutlicher Spasmus beiderseits, Babinski nicht auszulösen. Entlassungsbefund am 18. 7. 1931: Pupillen beiderseits etwas oval verzogen, Lichtreaktion schwach und träge. Obere Extremität: Hypertonisch, deutliche Rigidität, beiderseits gleich. Sehnenreflexe sehr lebhaft, beiderseits gleich. Untere Extremität: Ausgesprochene Rigidität, Patellarsehnenreflexe gesteigert beiderseits, Achillessehnenreflexe lebhaft, beiderseits Babinski bei typischer Prüfung, beiderseits schwacher, erschöpflicher Fußklonus. Rechter Mundfacialis schwächer innerviert, Stirnfacialis kann scheinbar nicht innerviert werden. Zunge wird wenig herausgestreckt, langsame Bewegungen nach rechts und links mit grobem Zittern. Ausgesprochene Hypomimie, ungelenkes Verhalten, Gang manchmal schwebend, Neigung zum Verharren in zufällig eingenommenen Stellungen. Eigenartig organische, etwas knarrende, zeitweise abrupte, monotone Sprechweise. Unregelmäßig auftretende, monotone Bewegungen im rechten Bein und linken Arm. Neigung zu vertrackten Haltungen, besonders zu Halbrechts- oder Halblinkswendungen, plötzliches Aufstellen des linken Beines auf den Stuhl und Verharren in der Haltung. Beim Gehen weicht er etwas nach links ab, schleudert das linke Bein nach vorn, hält den linken Arm ruhig, schlenkert mit dem rechten. Auf der Station ist er ruhig, willig, tut alles, was ihm aufgetragen wird. Es muß ihm aber erst öfter gesagt werden, dann macht er die Arbeit langsam und immer mit derselben schläfrigen Miene. Dabei ist er nach Angaben des Pflegepersonals »intelligenter als er aussieht«. Er macht im Allgemeinen einen etwas schläfrigen und mürrischen Eindruck, was durch die abrupte Sprechweise und eigenartige Haltung noch mehr betont wird.

III. 2. Karl S. geboren am 24. 12. 1898. Nach Angaben des Vaters begann das »Nervenleiden« bei ihm bereits im 19. Lebensjahre. Seit sieben Jahren ist der 33jährige Patient völlig arbeitsunfähig, »kann wegen seiner Beschränktheit keine Arbeit finden«. Der Leiter des Versorgungsheimes, in dem er sich seit drei Jahren aufhält wegen völliger Unfähigkeit, sich selbst zu unterhalten, gibt an, daß er zu keiner Arbeit zu gebrauchen sei; auch die einfachsten Aufträge führe er in täppischer und unbeholfener Weise aus und sei nicht imstande, etwas zu Ende zu führen. Beim An- und Auskleiden habe er Hilfe nötig. Essen könne er enorme Mengen, wenn auch in etwas unbeholfener Weise. Er sei aber gar nicht so dumm, wie er aussehe und in mancher Hinsicht sehr pfiffig. Untersuchungsbefund vom 17. 1. 1932: Der Patient befindet sich in mittlerem Ernährungszustand, Haut und Schleimhäute sind mäßig durchblutet. Das Schädeldach und die Nackengegend sind ausgesprochen druckempfindlich, sonst nirgendwo Druckschmerzhaftigkeit. Pupillen beiderseits gleich, rund, übermittelweit, reagieren träge und gering auf Licht und Konvergenz. Blickbewegungen frei, kein Nystagmus. Stirn wird gerunzelt, der Mund kann nicht gespitzt werden. Die linke Nasolabialfalte ist etwas verstrichen, der linke Mundwinkel hängt herunter; die Zunge kann nicht herausgestreckt werden, sie wird nur mühsam und unter fortwährendem Zittern der

Zahnreihe genähert. Das Gesicht weist einen überwiegend starren Gesichtsausdruck auf, unterbrochen durch Lidflattern und bisweilen grimmassierende Bewegungen. Die Sprache ist undeutlich, verwaschen, schwierige Paradigmata bringt er trotz ersichtlichen Anlaufs nur als unverständliches Lallen hervor. Obere Extremität: Muskeltonus stark erhöht, Rigidität mit zeitweiligem Spasmus, links stärker ausgeprägt als rechts, Radiusperiostreflex beiderseits vorhanden, Biceps- und Tricepssehnenreflex nur schwach auslösbar. Finger-Finger und Finger-Nasen Versuch unsicher, starkes Zittern. Die oberen Extremitäten sind in dauernder, zitternder Bewegung, besonders der linke Arm, während der rechte Arm eine abnorme, tonische Dauerhaltung einnimmt. Bei Aufforderung, eine bestimmte Stellung mit den Armen einzunehmen (Beugen des Armes), behält Patient längere Zeit diese Haltung bei. Grobe Kraft nicht wesentlich herabgesetzt. Untere Extremität: Patellarsehnenreflexe gesteigert, starkes Nachschleudern, ebenso gesteigerte Achillessehnenreflexe. Keine pathologischen Reflexe. Lebhafter erschöpflicher, feinschlägiger Fuß- und Patellarklonus. Patient macht einen recht hilflosen Eindruck. Er steht da in vornübergebeugter Haltung, die rechte Schulter ist etwas geneigt, der Kopf wackelt beständig seitwärts, die Arme werden beständig geschüttelt, was bei Bewegungen noch stärker wird. Die Gemütslage scheint trotz der offenbar verminderten Mimik und der scheinbaren Desinteressiertheit dessen, was um ihn herum vor sich geht, eine gehobene zu sein; er hat »Sinn für Humor« und beantwortet an ihn gerichtete heitere Äußerungen mit unmotiviert gesteigerten Affektausbrüchen. Das Auffassungsvermögen ist etwas herabgesetzt; Fragen und Aufforderungen beantwortet er häufig erst nach eindringlicher Wiederholung, der Gedankenablauf ist verlangsamt. Die zeitliche Orientierung weist merkliche Lücken auf. Er gibt dann ferner an, daß er letzte Zeit häufig und regelmäßig an Kopfschmerzen leidet sowie häufig schwitzt. Aufgefordert, bestimmte Bewegungen auszuführen, macht er dies stets häufiger als ihm aufgetragen ist: Handgeben dreimal! — Er macht es viermal. Kopf mit der Hand berühren fünfmal! — Er macht es siebenmal. Armbeugen viermal! — Er macht es sechsmal.

Eine Schwester ist halbjährig gestorben (III 7). Die übrigen vier Geschwister im Alter von 23 bis 33 Jahren sind, soweit festgestellt wurde, gesund und leben in geordneten Verhältnissen.

III. 8—11 sind Kinder des unter II 4 beschriebenen Falles. Sämtliche Kinder mit Ausnahme von III. 8, das »in Pflege« gegeben wurde, waren bis zum 21. Lebensjahre in Fürsorgeerziehung.

III. 8, 17jährig, ist soweit bekannt, gesund. III. 9, 23jährig, war kurze Zeit in der Landwirtschaft tätig; sie verließ bald, ganz unmotiviert ihren Dienst. Sie wird als langsam und schwerfällig in ihren Bewegungen geschildert. Sie ist angeblich sonst gesund, nur »läßt sie des Nachts unter sich«. Sie zeigt eine gewisse maskenhafte Unbeweglichkeit des Gesichtes, weiter eine Begriffsstutzigkeit und merkliche Verlangsamung des Gedankenablaufs. III. 10 war gleichfalls in der Landwirtschaft tätig. Er fiel während der Heuernte von einem Wagen und »zerbrach das Genick«. Er starb 25jährig an den Folgen. III 11 zeigt in den letzten Jahren eine auffällige Langsamkeit im ganzen Wesen im Gegensatz zu früher. Seit den Geburten, die sie durchmachte (2 Partus) hat sich dieser Zustand merklich verschlimmert.

Die Beschreibungen in der Literatur lassen in der Variabilität der Huntington-Formen, die vor allem das choreatische Syndrom betrifft, eine gewisse Regelmäßigkeit erkennen, sie stellen eine »Alternanz innerhalb bestimmter Krankheitsbezirke« dar. *Kehrer* spricht vom »Reigen der Wechselsyndrome«, in den neben der Athetose und Myoclonusepilepsie auch der Torsionismus einzureihen sei. Auch *Thomallas'* Vorschlag, die vier Krankheitsbilder: Pseudosklerose, Wilson, Athetosis duplex und Torsionsdystonie gemeinsam als »Dystonia lenticularis« zu bezeichnen, geht von der Auffassung aus, daß diese, bisher selbständigen Formen der Striatumerkrankungen, nur verschiedene Variationsformen einer vielgefaßten nosologischen Einheit bilden. Ein solcher Wandel der choreatischen Bewegungsstörung kann sich über mehrere aufeinanderfolgende Generationen erstrecken, es können Wechsel und Übergänge auftreten innerhalb derselben Generation, indem verschiedene Individuen derselben Familie oder verschiedene Familiengruppen voneinander abweichende klinische Bilder zeigen, schließlich können solche Veränderungen im Verlaufe der Krankheitsperiode bei einem und demselben Individuum auftreten. So beschreibt *Richter* einen Fall, der zuerst als Chorea, dann als Athetosis duplex und schließlich als Torsionsdystonie diagnostiziert worden war. Derselbe erwähnt weiter einen von *Ewald* beobachteten Fall, der neben choreatischen Störungen auch gemischt choreatisch-athetotische und torquierende Bewegungen aufwies. Ähnliche Beobachtungen finden sich nach *Kehrer* bei *Kurella*, *Brissaut*, *Hallion*, *Lucas* u. a. *Reisch* kommt in seinen Studien an Huntington-Sippen zu ähnlichen Ergebnissen. Er redet von choreatischen Bewegungen rascheren und trägeren Ablaufs, darunter Bewegungen torquierenden Charakters; häufig findet sich tonisches Verharren in bizarren Stellungen, die zum Teil dem Typus athetotischer Bewegungen entsprechen. Weiter stellt er bei einzelnen Körperabschnitten fest die Tendenz zu tonischen Dauerhaltungen, Neigung der Wirbelsäule nach vorne, torticollisartige Haltung des Kopfes, die immer wieder eingenommen wird. Häufig ist es schwierig, solche Bewegungsanomalien, wenn sie nicht ganz typisch sind, richtig einzugliedern, wie dies ja die vorerwähnten Fälle von *Richter* und *Ewald* zeigen. Besondere Schwierigkeit liegt dann vor, wie *Munch-Petersen* bei Beschreibung dieser Bewegungsformen zeigt, wenn diese Bewegungen nicht mit den Gliedern, sondern mit den Muskeln des Rumpfes, des Halses und des Kopfes ausgeführt werden; so entsteht dann infolge der rein anatomisch bedingten Bewegungsrichtungen, die z. B. bei choreatischem Zustand der Halsmuskulatur zustandekommen, sehr leicht eine Ähnlichkeit mit einer drehenden, athetotischen Bewegung, die man mit Sicherheit nicht

ausdifferenzieren kann. Epileptische Bilder im Verlaufe der hereditären Chorea sehen wir häufig erst in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit auftreten nach Beschreibungen von *Schob, Stroop* u. a. Epileptische Symptome als erstes Zeichen der drohenden Krankheit finden wir in einem anderen von *Stroop* beschriebenen Falle, auf den *Entres* in seiner Monographie hinweist. Epileptische Erscheinungen ohne choreatisches Syndrom findet *Geratowitsch* bei einem seiner Fälle in Huntington-Familien, »nur wurde Patient in den letzten Jahren beim Gehen etwas unsicher«. *Kehrer*s Huntington-Familie Pontex weist neben Choreatikern zwei Brüder mit Epilepsie sowie Alkoholismus auf; ein weiterer Bruder zeigte isoliertes Zittern der Hände. Das epileptische Syndrom innerhalb von Chorea-Huntington Familien scheint eine gewisse Affinität zur akinetischen Komponente zu haben. So findet es sich z. B. neben dem bereits erwähnten Fall VII von *Stroop*, wo Starresymptome nur angedeutet sind, besonders häufig in den von dem schwedischen Forscher *Lundborg* beschriebenen Huntington-Familien. — Dieser stellte in 2232 Fällen einer mit Chorea-Huntington behafteten Bauernsippe, die er durch 200 Jahre hindurch verfolgen konnte, familiäre Alternanz und bei manchen Kranken die individuelle, progressive Alternanz von Myoklonie zur Versteifung fest. *Kehrer* folgert daraus, daß es sich nicht um eine Kreuzung zufälliger, ganz verschiedener Erbanlagen, sondern um eine, freilich ganz ungeklärte Variabilität eines und desselben heredo-degenerativen Myzels handelt. Nach *Runge* ist das Auftreten durch Hypertonie bedingter Symptome nur über gewisse Grenzen hinaus als atypisch anzusehen. Temporär vermehrte Spannung in einzelnen Muskelgruppen, sowie bisweilen vorkommende Akinesie der mimischen Muskulatur ist als zum gewöhnlichen Bilde gehörig anzusehen. Ebenso weist *Reisch* auf die von *Freund* beschriebenen Poikilotonie-Fälle hin, wobei mehrere Geschwister einer Familie wechselnde Intensität des Rigors aufwiesen. Ähnliche Angaben von Tonusvermehrung und gleichzeitigem Vorkommen von Hypo- und Hyperkinesie bei einem und demselben Kranken finden wir bei *Jakob, Bielschowsky* und *Meggendorfer*. Die Huntington-Kranken verraten in ihrem Mienenspiel eine gewisse Unbeweglichkeit und Leere *(Jakob)*. Es fehlt ihnen der affektbetonte Ausdruck des Gesunden, und sie machen daher einen viel stumpferen Eindruck, als es bei genaueren darauf gerichteten Untersuchungen der tatsächlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen, besonders intellektuellen Fähigkeiten entspricht. Dieses ausdruckspsychologisch als Hypomimie, allgemein als Bewegungsverarmung und Versteifung sich auswirkende Parkinsonsyndrom hat ein Analogon, jedoch leichteren Grades in der normalen Motilitätsverarmung des Greisenalters

und in der konstitutionell spärlichen und steifen Psychomotilität mancher Individuen. Individuelle Alternanz der hereditären Chorea mit Ausgang in Versteifung finden wir beobachtet von *Terplan*, *Runge*, *Bielschowsky* u. a. *Entres* kommt (1925) bei zwei seiner im Jahre 1921 noch als Wilson beschriebenen Fälle auf Grund des anatomischen Befundes zur Annahme einer atypischen Chorea-Huntington-Form. In einem von *Jakob* beschriebenen Falle entwickelte sich bei einem 52jährigen Manne, der 10 Jahre an Chorea mit typischen Erscheinungen litt, in den letzten Jahren bei Rückgehen der choreatischen Unruhe Starre mit Kontrakturen; nebenher entstand eine schwere Verblödung. Während also in diesen Fällen die Chorea auf die Versteifung folgte, so daß man annehmen kann, daß sich der Prozeß auf dem Striatum untergeordnete Gebiete ausdehnte, gibt es einige Beobachtungen, wo sich primär eine fortschreitende Starre entwickelte, die dann ohne jede choreatische Erscheinung die einzige Äußerung des »Huntington-Myzels« (*Kehrer*) blieb, oder aber es lösten choreatische Erscheinungen die anfänglich bestehende Bewegungsarmut ab. Bemerkenswert sind vor allem die von *Kraepelin* und *Stertz* geschilderten Geschwister H., die ein progressiv hypertonisches Syndrom aufwiesen mit Zwangsbewegungen und geschwächtem Intellekt, klinisch typisch für die Westphal-Strümpell-Wilsonsche Pseudosklerose. Die genaue anatomische Untersuchung durch *Spielmeyer* ergab charakteristische Veränderungen für chronisch progressive Chorea ohne Leberveränderungen, während später *Entres'* genealogische Forschungen beide Familien aus Huntington-Familien stammend feststellen konnte. Auch *Pines* berichtet von einem Huntington-Träger mit Pseudosklerose, den er der klinischen Zugehörigkeit nach als sehr zweifelhaft bezeichnet. Einen ebensolchen Fall vom Typus der Wilsonschen Krankheit beschreibt *Runge*. *A. Wimmer* berichtet von einer Familie, wo Mutter und Tochter an »Veitstanz« litten, während sich bei einer anderen 22jährigen Tochter nach wiederholten Schüben von epidemischer Enzephalitis im 26. Lebensjahre choreatische, sowie myoklonische Bewegungsstörungen neben allmählich auftretender Verblödung entwickelten. *Bumm* erwähnt, daß bei einem Drittel seiner Fälle von Encephalitis epidemica ausgesprochener Veitstanz bestand. *Kehrer* betont die Auffälligkeit des durchschnittlich 20—25 Jahre früher fallenden Manifestationsbeginnes bei solchen Kranken mit hypokinetischem Syndrom, die von choreatischen Eltern abstammen. Bei Auftreten manch anderer Krankheitsformen im Verlaufe von Chorea-Huntington handelt es sich nach *Kehrer* um ein zufälliges Nebeneinander infolge der Kreuzung eines Trägers der Huntington-Anlage mit einem Träger der akzessorischen Anlage. So dürfte das Auftreten

von Dementia paralytica im Gefolge von chronisch progressiver Chorea eine rein zufällige Komplikation ohne innere Krankheitsverwandtschaft sein. Imponieren jedoch Huntington-Fälle rein nach den klinischen Gesichtspunkten als Paralysen, so können diese nach *Kehrer* als »Huntingtonsche Pseudoparalysen« bezeichnet werden. *Entres* deutet auf die verblüffende Ähnlichkeit mancher Psychosen von Huntington-Kranken mit den Verlaufsformen von Dementia praecox hin. Dies kann sogar soweit gehen, daß man in neuerer Zeit verschiedentlich prächoreatische Stadien als Schizophrenie diagnostiziert hat. *E.* sieht darin eine Mobilisierung latenter Erbanlagen zur Dementia praecox durch den organischen Prozeß der Chorea Huntinton. *Bumm* bemerkt, daß vor allem das katatone Syndrom gelegentlich choreatische Störungen zeigt, und daß umgekehrt auch die Chorea atypische Gestalten annehmen kann, die an katatone Zustände erinnern. Weiter haben sich nach *Kehrer* bei vielen Fällen mit »hereditärer Ataxie« (Friedreichsche Krankheit) choreatische Anklänge gefunden; neben dominanter Vererbung lagen Bewegungsstörungen vor, die stark choreatischen Charakter trugen. Für gewisse Huntington-Formen, deren klinisches Bild auf einzelne Kriterien des klassischen Symptomenbildes beschränkt blieb, prägte *Davenport* auf Grund von 926 Beobachtungen den Begriff des »Biotypus». All jene nicht ausgeprägten, rudimentären Erscheinungsformen, die sich bei Gliedern einwandfreier Huntington-Sippen finden, die teils als Paraesthesien, als Rheumatismus und Beinleiden, als ataktische Störungen, teils als psychische Veränderungen auftreten, sind nach *Kehrer* als »konstitutionelle Choreopathien« zu bezeichnen.

In den Eingangs gebrachten Fällen handelt es sich um eine einwandfreie Huntington-Sippe. Der Stammbaum weist vier ausgeprägte, sowie sechs Fälle auf, die nur ein rudimentäres Bild bieten. Typische Chorea mit ausgesprochener Hypotonie und choreatischen Bewegungsstörungen neben den sonstigen klassischen Symptomen liegt nur in einem unserer Fälle vor (II 4). Dagegen finden wir übereinstimmend bei sämtlichen übrigen Kranken als vorherrschendes Leitsymptom eine Störung des Muskeltonus im Sinne der Versteifung. Es besteht Hypertonie extrapyramidalen Charakters im Bereiche nahezu der ganzen Muskulatur. Die von I 1 berichteten Erscheinungen finden wir auch bei Karl S. in Form der den ersten Eindruck beherrschenden Zitter- und Schüttelbewegungen der oberen Extremitäten und des Kopfes. Ob dieser Träger des sog. »Nervenleidens« die erste phänotypische Äußerung der bis dahin latenten Erbanlage verkörperte und somit den Stammvater, der ja einmal auftauchen muß, darstellte, oder ob bereits Glieder früherer Generationen

an Huntington erkrankt waren, konnte genealogisch trotz vieler Bemühungen nicht ermittelt werden. Die Kinder sind nun sämtlich (dominanter Erbgang) an der gleichen Krankheit gestorben. Bei II 2, Frau S. ist als erstes Symptom statt des bei Chorea üblichen Überschusses ein Zuwenig an Bewegungen festzustellen, das im Laufe langer Jahre unter deutlicher Progression bis zu nahezu völliger Hilflosigkeit (Bewegungsunfähigkeit) führt. Die erste Entbindung spielt zweifellos als auslösendes Moment hinsichtlich der frühen Manifestation (22 Jahre) eine Rolle, zumal die folgenden sechs Geburten sowohl eine deutliche Steigerung der akinetischen Erscheinungen hervorriefen, als auch die nebenhergehenden choreatischen Bewegungen zur vollen Entwicklung brachten. Bei der 37jährigen beherrschen die Motilitätsstörungen das ganze Bild. Es ist ein gleichzeitiges Nebeneinander verschiedener Spannungszustände, extrapyramidaler Hyper- und Hypotonie anzunehmen, woraus sich eine Kombination von Parkinsonähnlichen und choreatischen Symptomen ergibt. So zu erklären wären auch die bei unserer Kranken beobachteten torsionistischen Züge: »Beständig rollende Bewegungen der Arme mit Verdrehungen der Arme in den Handgelenken«, »beschreibt in der Luft mit den Händen regellos Kreise, Stöße, Verdrehungen« usw. Wenn wir den wechselnden Spannungszustand als Basis nehmen, auf der sich die choreatischen Impulse auswirken, so werden wir je nach dem Widerstand, d. h. Tonus, den diese finden, anders geartete Bewegungen erhalten. Wenn sich also eine choreatische Zuckung an einem rigiden Muskel abspielt, so wird die Bewegung ihren Zuckungscharakter verlieren, damit wird die Innervation ebenso wie die Entspannung des befallenen Muskels langsamer und träger. Als mittlere Resultante werden sich dann dem Torsionismus resp. der Athetose ähnliche Bewegungstypen ergeben. Die Sprachstörung sowie die im Gegensatz zu der vorwiegend gehobenen Stimmungslage bestehende Hypomimie sind in den bestehenden Graden noch nicht unbedingt als atypisch anzusprechen. Die psychischen Störungen bestehen neben einem Mangel an Initiative und einer mäßigen Merkschwäche in einer merklichen Verlangsamung des Gedankenablaufes. Die Schwester, Frau K. (II 4) wird 40jährig ärztlicher Behandlung übergeben. Es bestehen zu dieser Zeit bereits lokalisierte choreatische Bewegungen und geistige Defekte mäßigen Grades. Aus der früheren Zeit wird von »Krampfanfällen« berichtet, die jedoch nicht näher charakterisiert sind. Möglicherweise handelt es sich hier bereits um die später zu erwähnenden enzephalitischen Anfälle. Mit den Motilitätsstörungen scheint die Krankheit überhaupt begonnen zu haben. Neben dem Schütteln und Zittern stellten sich später typisch choreatische Bewegungen, sowie Gang- und Sprach-

störungen ein. Die meist gehobene Affektlage verrät sich in einer läppischen Euphorie; sie schwätzt viel inhaltloses Zeug, später gibt sie nur noch unverständliche, stereotype Redewendungen von sich. Die anfänglichen Intelligenzdefekte, die bei leidlich erhaltener Auffassung in einer Störung des Gedankenablaufs und der Merkfähigkeit bestehen, steigern sich bis zu völliger Verblödung gegen Schluß der Krankheit. Daneben finden wir verschiedene andere bemerkenswerte Züge im klinischen Bild. Die bei der Patientin einige Male beobachteten Augenerscheinungen (»liegt mit verdrehten Augen da«), sowie die Bewußtseinstrübungen lassen an die Schaukrämpfe bei epidemischer Enzephalitis denken. Auch das einige Wochen später am 30. 5. und 2. 6. 1919 beobachtete, einige Tage währende Erbrechen und der Brechreiz, sowie der im Jahre 1921 am 24. 7. beobachtete Fieberzustand könnten an enzephalitische Äußerungen denken lassen, ähnlich wie bei einem von *A. Wimmer* als »epidemische Enzephalitis« bezeichneten, aus einer Huntington-Familie stammenden Fall. Die Schmerzen im rechten Arm, über die Patientin zeitweilig klagt, sind wohl Äußerungen einer zentralen Thalamusreizung (*Kehrer*) und Vorläufer der gerade dort später auftretenden choreatischen Bewegungen. Die Angabe vom 5. 5. 1921 »lacht häufig ohne erkennbare Ursache vor sich hin«, läßt an Zwangslachen denken. Weiter finden sich im Verlaufe der Krankheit bulbäre bzw. pseudobulbäre Symptome; Verwaschenheit der Sprache, Abweichen der Zunge und häufiges Verschlucken. Über II 2 und 3, Geschwister der Vorigen, sind schriftliche Aufzeichnungen zwar nicht vorhanden, doch handelt es sich nach den Angaben zweifellos um Chorea-Huntington und zwar gleichfalls um die vorwiegend versteifende Form. Über den genauen Zeitpunkt des Krankheitsbeginnes ist auch hier nichts bekannt. Bei den Kindern der Frau K. (III 8—11) spricht neben der choreatischen mütterlichen Anlage wohl auch ein, wenn auch in seiner spezifischen Auswirkung nicht erkennbarer, disponierender Faktor von väterlicher Seite aus mit. Der Vater ist sehr psycholabil, chronischer Potator, ohne reguläre Arbeit, zeitweise vagabundierend. Bei keinem der Kinder besteht ein voll ausgeprägtes Krankheitsbild, doch dürfen wir aus den vorliegenden teils persönlichen, teils aus gut orientierter Quelle stammenden Feststellungen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf Huntington-Äquivalente resp. auf erste Äußerungen des beginnenden Krankheitsprozesses schließen. Ob die Fürsorgeerziehung bei sämtlichen Kindern nur notwendige Folge der mißlichen häuslichen Verhältnisse war (Mutter krank, Vater Potator), oder ob etwa bereits asoziale Äußerungen der degenerativen Erbanlage mitbestimmend waren, war nicht mehr feststellbar. Die bei der 23jährigen Grete K. (III 9) von seiten

der Vorgesetzten angegebene Langsamkeit im ganzen Gebahren (»ungeschickt zur Arbeit, sehr faul«) ist weniger eindeutig zu werten, als die von mir beobachtete, kaum mehr als physiologisch anzusprechende Starre des Gesichtsausdrucks, ferner das ausdrücklich von der Umgebung hervorgehobene »nächtliche Einnässen«. Den »landwirtschaftlichen Unfall« des Bruders (III 10) dürfen wir bei den bestehenden Erbverhältnissen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als Folge einer »Instabilitas choreiformis« ansehen im Sinne *Kehrer*s, der in seiner Monographie betont, daß die choreiforme Unsicherheit im Anfangsstadium dem Erleiden von Unfällen Vorschub leistet. Die auffälligen Erscheinungen der Hypokinesie bei der 29jährigen S. K. (III 11) sind möglicherweise die Anfangsphase der drohenden Krankheit. Von den sieben Kindern der A. S. (II 1) ist eins im Alter von sechs Monaten gestorben, von den übrigen Geschwistern sind zwei Brüder erkrankt (III 1 u 2), die andern sind gesund, haben jedoch teilweise das kritische Ausbruchsalter noch nicht erreicht. Karl S. (III 2) weist einen ungewöhnlich frühen Manifestationsbeginn auf. Die ersten Erscheinungen traten bereits mit 19 Jahren auf, schon im 26. Lebensjahre hatte sich der Zustand bis zu völliger Arbeitsunfähigkeit gesteigert. Der jetzige Befund bietet ein der choreatischen Bewegungsstörung entgegengesetztes Bild. Die dauernden Schüttel- und Zitterbewegungen neben Hypomimie und sonstiger allgemeiner Versteifung sind in das Parkinsonsyndrom einzugliedern. Entsprechend finden sich Tonussteigerung und herabgesetzte Reflexe. Ebenso zu deuten ist auch die vornübergebeugte Haltung sowie die tonische Dauerhaltung des rechten Schultergürtels. Bemerkenswert ist ferner das myotonische Verharren des rechten Armes in der einmal eingenommenen Stellung. Für die fortschreitende Ausdehnung des Prozesses sprechen eindeutig neben den bulbären, die sich allmählich entwickelnden Pyramidensymptome. Psychisch läßt die trotz der mißlichen Situation vorwiegend gehobene Stimmungslage eine gewisse Urteilsschwäche neben einer deutlichen Erschwerung und Verlangsamung der Auffassung erkennen. Eine deutliche Affektstörung zeigt sich auch in dem Zwangslachen. S. gibt an, daß er regelmäßig und häufig an Kopfschmerzen leide, diese stehen vielleicht in Zusammenhang mit der starken Druckschmerzhaftigkeit des Kopfes. Weiter finden auch bei ihm die nach *Reisch* und *Runge* seltenen Angaben über »starkes Schwitzen« und »außerordentliches Hungergefühl«. Die von *M. Severin* als seltenes Symptom beschriebene »Iteration der Bewegung« bestand, wie die diesbezügliche Untersuchung zeigte, auch bei unserem Kranken. Der Bruder des vorigen, Paul S. (III 1) bemerkte selbst mit 26 Jahren eine auffällige Schlaffheit und Kraftlosigkeit der Glieder sowie

Sprachschwierigkeiten. Der mehrmalige Aufenthalt in der Klinik zeigte das eindeutige Bild einer Huntingtonschen Krankheit mit Entwicklung zur hypertonischen Form. Die anfänglichen leichten Spasmen machen später einer ausgesprochenen Rigidität Platz, die ein entsprechendes klinisches Bild mit allgemeiner Bewegungsverlangsamung, Hypomimie, Gang- und Sprachstörungen schuf. Leichte choreatische Bewegungen traten vereinzelt im Laufe der Erkrankung auf. Bemerkenswert ist auch hier die Neigung zu vertrackten Haltungen wie sie im vorigen Falle beschrieben sind. Weiter entwickelten sich auch hier deutliche Pyramidensymptome und zwar Hyperreflexie, später auch pathologische Reflexe. —

Fassen wir unsere Beobachtungen zusammen, so ergibt das klinische Bild sowohl beim Einzelindividuum als auch in den einzelnen beschriebenen Familien Gestaltsänderungen innerhalb der extrapyramidalen Bewegungstypen. An Stelle bzw. neben choreatischen Hyperkinesen treten einerseits uncharakteristische Bewegungen athetotischer und torsionistischer Art auf, andererseits findet sich ein gewisser allgemeiner Mangel an Bewegungen wie bei Parkinsonismus. Die Zeit des Krankheitsbeginnes hat bei der dritten Generation eine deutliche »Anteposition« erfahren (Beginn bei III 2 bereits mit 19 Jahren). Unsere Fälle zeigen von neuem, daß der Rahmen der Huntingtonschen Krankheit weiter zu spannen ist als es früher geschehen ist, d. h. daß zwar das choreatische Syndrom seine überragende Bedeutung behält, daß aber in von Sippe zu Sippe verschiedener Weise auch andere Syndrome aus der Reihe der extrapyramidalen, z. T. aber auch das pyramidale Syndrom mit diesem verknüpft in Erscheinung treten. Ein Überblick über den eingangs gebrachten Stammbaum zeigt mit erschreckender Deutlichkeit die Auswirkung der hereditären Belastung. Tragischerweise kommt die Krankheit meist erst zum Ausbruch, in einer Zeit, wo die Träger normalerweise bereits Ehen eingegangen sind. Dazu kommt, daß in den mit dieser Krankheit belasteten Familien häufig ein großer Kinderreichtum herrscht. Als wichtigstes ergibt sich somit aus unseren theoretischen Überlegungen die berechtigte Forderung nach Ausschaltung der mit der Huntingtonschen Krankheit behafteten Individuen. Unser Volk bedarf in Zukunft eines gesunden Nachwuchses, um den Daseinskampf im Ringen der Völker siegreich bestehen zu können.

Literatur.

1. *Bielschowsky*, Normale und pathologische Histologie des Schweif- und Linsenkernes. Journal f. Ps. u. Neur. 25, S. 1.
2. *Entres*, Chorea Huntington. Monogr. aus dem Gebiet der Neur. u. Psychiatrie, H. 37.
3. *Freund*, Zur Vererbung der Huntingtonschen Krankheit. Ztschr. f. ges. Neur. u. Ps. 99.
4. *Geratowitsch*, Über Erblichkeit bei der Huntingtonschen Krankheit. Archiv f. Psychiatrie 80, S. 53.
5. *Hallervorden*, Über extrapyramidale Erkrankungen. Handb. d. Geisteskrankh. Bd. 7, S. 1029.
6. *Jakob*, Das choreatische Syndrom. Monogr. aus dem Gebiet d. Neur. u. Psychiatrie, H. 37.
7. *Kehrer*, Erblichkeit und Nervenleiden. Monogr. aus dem Gebiete der Neur. u. Psychiatrie, H. 50.
8. —, Die erblichen Nervenkrankheiten. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. 83, S. 201.
9. —, Ursachenkreis des Parkinsonismus. Archiv f. Psychiatrie 91, S. 203.
10. *Kretschmer*, Medizinische Psychologie. 4. Aufl. 1930, 4. Kap.
11. *Lewy*, Die Einteilung der choreatischen Erkrankungen nach patholog. anatom. Gesichtspunkten. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Ps. 35, S. 102.
12. *Meggendorfer*, Eine interessante Huntington-Familie. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps. 92, S. 659.
13. *Munch-Petersen*, Fälle von hereditärem, striärem Symptomenkomplex. Acta psychiatrica V. S. 493.
14. *Reisch*, Studien bei Huntington-Familien. Arch. f. Psychiatrie 86, S. 327.
15. *Richter*, Anatomie der extrapyramidalen Erkrankungen. Arch. f. Psychiatrie 67, S. 278.
16. *Rosenthal*, Zur Symptomatologie und Frühdiagnostik der Huntingtonschen Krankheit. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie 111, S. 254.
17. *Runge*, Psychische Störungen bei Chorea-Huntington. Handb. f. Geisteskrankh. Bd. 7, S. 634.
18. *Schob*, Atypische Krankheitsbilder in einer Huntington-Familie. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie 65, S. 286.
19. *Severin*, Eigenartige Symptome bei Chorea-Huntington. Arch. f. Psychiatrie 83, S. 59.
20. *Spielmeyer*, Die anatomischen Krankheitsforschungen am Beispiel einer Huntingtonschen Krankheit mit Wilsonschem Symptomenbild. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie 101, S. 701.
21. *Stroop*, Eine neue Chorea-Huntington Familie. Dissertation, Marburg 1919.
22. *Vogt C.* u. *O.*, Zur Lehre der Erkrankungen des striären Systems. Journ. f. Psychiatrie und Neurologie 25, S. 627.
23. *Wimmer*, Chronic epidemic Encephalitis. Auflage 1924, S. 199.

Die Hauptrichtungen in der modernen Psychologie.

Von

Gerhardt Giehm-Berlin.

Inhaltsübersicht.

I. Einleitung.

Es gibt wenige Wissenschaften, die in den letzten Jahrzehnten solche Wandlungen durchgemacht haben wie die Lehre vom Seelenleben. Noch in den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts war die Seelenkunde eine Art »angewandte Physik«. Die glänzenden Entdeckungen auf dem Gebiete der exakten Naturwissenschaften hatten nämlich die Öffentlichkeit davon überzeugt, daß nur mit naturwissenschaftlichen Methoden sichere Erkenntnisse erbracht werden könnten. Man hoffte, daß durch die Anwendung dieser Methoden auf die Lehre vom Seelenleben greifbare, unumstößliche Resultate zu erzielen sind. Es wurden also die Methoden strenger Erfahrungswissenschaften, insbesonders die mathematische Berechnung und das Experiment auf die Ergründung von seelischen Vorgängen übertragen und die damaligen Forscher waren fest davon überzeugt, daß sich hier völlig neue Wege auftun. Was die früheren Jahrhunderte über das Wesen der Seele dachten, wurde als unnütze Spekulation verworfen. Man suchte Anschluß an die Naturwissenschaften, vor allem an die Nerven- und Hirnphysiologie. Wer nicht daran glaubte, wurde zum Dilettanten gestempelt. Es entstanden Institute, in denen an kunstreich gebauten Apparaten experimentiert wurde. Bald zeigte es sich jedoch, daß dieser übertriebene Optimismus nicht ganz berechtigt war. Sobald man nämlich die naturwissenschaftlich-mathematische Methode auf die komplexeren seelischen Vorgänge, auf die Gebiete des höheren Seelenlebens übertrug, stellte es sich heraus, daß die erzielten Ergebnisse nicht ganz den daran geknüpften Erwartungen entsprachen. Diese Feststellung gab Anlaß zu scharfer Kritik. Die Anwendbarkeit der naturwissenschaftlich-mathematischen Methoden auf die Erforschung von seelischen Vorgängen erschien den damaligen Psychologen in Frage gestellt. Hinzu kam, daß um die Jahrhundertwende auch von anderen Seiten die Vorherrschaft der naturwissenschaftlich-mathematischen Methoden gebrochen wurde. Zunächst von Seiten der Philosophie. Die in der Mitte des XIX. Jahrhunderts totgesagte und begrabene idealistische Philosophie erlebte ihre Auferstehung. (*Fischer, Cohen, Windelband, Rickert, Natorp, Eucken, Riehl, Simmel.*) Aber auch die Geisteswissenschaften besannen sich auf ihre eigne Methodik. (*Dilthey, Litt, Spranger, Frischeisen-Köhler, Troeltsch, Max Weber.*) Diese Tatsachen trugen dazu bei, die Seelenkunde allmählich von der Naturwissenschaft zu lösen. Dieser Prozeß wurde durch die Arbeiten von *Freud* beschleunigt, in denen er die Bedeutung von Triebvorgängen für das bewußte Seelenleben herausstellte und das Vorhandensein eines »Unterbewußtseins« annahm. Besonders die Psychoanalyse versetzte die

moderne Seelenforschung in starke Gärung. Es kam unter den Psychologen zu vielfachen Spaltungen und Kämpfen, die auch heute noch nicht abgeklungen sind. Überblicken wir heute die vielen Versuche, welche unternommen wurden, um das Rätsel der menschlichen Seele zu ergründen, so ist der erste Eindruck zunächst verwirrend. Bei näherem Zusehen lassen sich jedoch zwei Hauptgruppen unterscheiden. Man könnte sie als objektivierende und subjektivierende Psychologie bezeichnen. Der Unterschied besteht darin, daß die objektivierende Psychologie die Bewußtseinserlebnisse in ihrer Gegenständlichkeit, möglichst vom Subjektivem losgelöst zu betrachten versucht, während die subjektivierende Psychologie hingegen betont, daß man die Bewußtseinserlebnisse keinesfalls vom Subjekt, vom Ich loslösen dürfe, vielmehr grade in ihrer ganzheitlichen Ichbezogenheit untersuchen müsse.

II. Objektivierende Richtungen in der Psychologie.

Die objektivierende Psychologie umfaßt nun eine Reihe von Lösungsversuchen, von »Richtungen«, die jede auf ihre Weise den Aufbau des Seelenlebens zu durchforschen unternimmt. Eine Besprechung aller hierher gehörigen Versuche würde zu weit führen. Um aber wenigstens eine Anschauung von der Fülle der Fragestellungen und der bereits unternommenen Lösungsversuche zu vermitteln, will ich kurz auf das Wichtigste hinweisen.

Die Assoziationspsychologie.

Im Anschluß an die Untersuchungen von *Herbart*, der das gesamte Seelenleben auf die Statik und Mechanik von Vorstellungen aufbaute und Gefühl und Willen nur als abgeleitete Erscheinungen gelten ließ, entwickelte sich die Assoziationspsychologie. Sie schlug den Weg der empirischen Forschung ein. Als das Grundelement des Seelenlebens stellt der Assoziationspsychologe die Empfindungen hin, die dann als reproduzierte Empfindungen oder Vorstellungen ins Bewußtsein treten, welche sich wiederum nach bestimmten Gesetzen assoziieren und solchergestalt das gesamte Bewußtsein aufbauen. Alles höhere Seelenleben entsteht somit durch das Zusammenwirken dieser drei: Empfindung, Vorstellung und Assoziation. *(Ebbinghaus, Henning, G. E. Müller, Th. Ziehen.)* Alle seelischen Vorgänge werden auf die Assoziation von Vorstellungen zurückgeführt. Die psychischen Prozesse verlaufen nach dem Schema: Empfindung → Vorstellung → Assoziation → Handlung. Das Gefühl und der Wille sind keine selbständigen Seelenvorgänge, sondern werden als Eigenschaften der Empfindungen und Vorstellungen aufgefaßt. Das Hauptgesetz der Ideenassoziation lautet: ... Jede Vorstellung ruft als ihre Nachfolgerin

entweder eine Vorstellung hervor, welche ihr inhaltlich ähnlich ist, oder eine Vorstellung, mit welcher sie selbst oder mit deren Grundempfindung ihre eigene Grundempfindung oft gleichzeitig aufgetreten ist. Die Assoziation der ersten Art bezeichnet man auch als innere, die der zweiten auch als äußere Assoziation. Das Prinzip der äußeren Assoziation ist die Gleichzeitigkeit, das der inneren die Ähnlichkeit *(Th. Ziehen.)*

Die Apperzeptionspsychologie.

Auch die Apperzeptionspsychologen bedienen sich der naturwissenschaftlich-mathematischen Methode. Sie sind die eigentlichen Begründer der experimentellen Psychologie. Den vorhin genannten drei Grundelementen des Seelischen fügt der Apperzeptionspsychologe das Gefühl als selbständigen Faktor hinzu und stellt die Apperzeption als gesonderten psychischen Vorgang hin, der als ein Willensvorgang, welcher hier als der zentrale Prozeß gilt, die Vorstellungsbewegungen lenkt *(Wundt.)* Die Methode der Selbstbeobachtung, welche der Exaktheit entbehrt, wird verworfen. Wie in der Assoziationspsychologie wird hier der atomistische Standpunkt durchgeführt. Das Seelenleben wird als ein Zusammenhang aus Elementen begriffen. Aber diese Zusammensetzung ist keine bloße Summe von Elementen, sondern ist dem »Prinzip der schöpferischen Synthese« unterworfen. Aus dem Gefühl werden die Willensvorgänge abgeleitet, welche den Ablauf der Vorstellungen determinieren und in diesem Zusammenhange als »Apperzeptionsprozesse« bezeichnet werden. Die Apperzeption, welche, wie gesagt, als ein besonderer Willensvorgang aufgefaßt wird, dient zur Erklärung der höheren geistigen Prozesse, insbesonders des Denkens und der Phantasietätigkeit. Die Apperzeption bringt alle psychischen Inhalte zu klarer Auffassung. Sie wird als eine Kraft oder Fähigkeit begriffen, welche unsere Vorstellungstätigkeit bestimmt. Der mechanistischen Betrachtungsweise der Assoziationspsychologen wird somit ein teleologisches Erklärungsprinzip entgegengestellt. Phantasietätigkeit und Denken stellen sich nun nicht mehr als Assoziations-, sondern als Apperzeptionsprozesse, als Willensvorgänge dar, welche nicht rein mechanisch, sondern zielstrebend verlaufen.

Der senso-motorische Aktionismus.

Das Wesen dieser Psychologie liegt darin, daß als Grundelement des Seelenlebens nicht die Gefühle oder die Empfindungen oder beides zusammen hingestellt werden, sondern ein sog. sensomotorischer Reflex, d. h. die Empfindung plus motorische Reaktion. *(Fouillée, William James, Münsterberg, Ribot, Bain.)* Schon *Bain* hatte auf die Bedeutung der Muskelempfindungen und der Bewe-

gungen für das gesamte Seelenleben aufmerksam gemacht. Beide sind entscheidend am Aufbau des Bewußtseins von der Außenwelt beteiligt. Die äußere Welt wird als die Summe aller Gelegenheiten, Aktivität zu entwickeln, aufgefaßt. Das Wollen des Menschen entsteht durch »die Vorstellung eines Lustgefühls, das mit einer bestimmten Muskelbewegung assoziiert ist«. *Fouillée* stellte z. B. als Grundelemente des Bewußtseins die idées forces hin, welche eine Einsheit von Vorstellung und Wirkung darstellen. Im Denken verwirklichen sich die Ideen. *Ribot* weist dem emotionalen Leben die erste Stelle in der Seele zu. Alle emotionalen Erscheinungen sollen in zwei Elemente zerfallen, in die motorischen Zustände und Strebungen und in die Lust-Unlustgefühle. *James* verwirft den Begriff der Seelensubstanz, die »Mind-stuff-Theorie«, wie den Mechanismus der Assoziationspsychologen. Diesen Theorien stellt er die Lehre vom »Bewußtseinsstrom«, stream of consciousness, entgegen, womit er das ineinanderflutende Wesen des psychischen Lebens kennzeichnet. Der Mensch ist ein Organismus, der auf Eindrücke reagiert. Dabei sind die Reaktionen teils erworben, teils angeboren. Bemerkenswert ist auch seine sog. »periphere« Affekttheorie. Das Affektbewußtsein soll nämlich nicht im Zentrum, sondern in der Peripherie entstehen. Die peripheren Bewegungen werden als Ursachen von Gemütszuständen aufgefaßt. »Wir weinen nicht, weil wir traurig sind, sondern wir sind traurig, weil wir weinen.« *(James.)*

Die Denkpsychologie. (Würzburger Schule.)

Die Hauptaufgabe der Denkpsychologie ist die Analyse des Denkvorgangs, die sie nach der Methode der Selbstbeobachtung durchzuführen versucht, wobei diese Selbstbeobachtung bei einfachen Bewußtseinsinhalten eine anschauende, bei komplizierten eine rückschauende sein muß. *(Lindworsky, Geyser, Ach, Betz, Bühler, Marbe, Messer, Selz, Külpe.)* Der Erfolg dieser Methode ist naturgemäß an die Leistungsfähigkeit der Versuchsperson im Selbstbeobachten gebunden. Die Denkpsychologen postulieren »die Einheit des Seelenlebens«, die sich in folgenden sieben Formen zeigt: als Einheit — der Aufmerksamkeit, von Gesamtheiten der Koexistenz und Folge, des Denkens, der Erfahrung, des Selbstbewußtseins, der Gemütsbewegungen und des Wollens. Dieses Ausgehen von der Einheit des Seelenlebens, im Gegensatz zur atomistischen Betrachtung der Assoziations- und Apperzeptionspsychologen, bringt die Denkpsychologie in nahe Beziehungen zur Gestaltpsychologie, über die noch zu sprechen sein wird. Die Denkpsychologen wiesen das Vorhandensein von unanschaulichen Bewußtseinsinhalten, die sie als »Bewußtheiten« bezeichneten, nach. *(Narziss Ach.)* Sie rücken die Aktivität des Ich in den Vordergrund des

Seelenlebens, welche in bestimmten Stellungnahmen, »Akten«, in Erscheinung tritt. Diese »Akte« stehen unter Zielsetzungen, unter Aufgaben. Sie dienen einem Zweck und sind sinnvoll. Alle solche Zielsetzungen üben eine große bestimmende Kraft auf das Ich aus. Diese Kraft nannte *Narziss Ach* »determinierenden Tendenzen«.

Die Gestaltpsychologie. (Berliner Schule.)

Die Assoziationspsychologie hatte sich die atomistisch-mechanistische Betrachtung zu eigen gemacht. Die seelischen Prozesse bestehen aus Elementen und Elementverbindungen. Diese Art der Forschung vermochte das Sinnvolle der geistigen Vorgänge nicht zu begreifen. Schon die Apperzeptionspsychologen ließen zu der bloßen Elementensumme noch etwas hinzutreten, aus dem dieses Sinnvolle verstanden werden soll. So führte z. B. *Wundt* das »Prinzip der schöpferischen Synthese« in die Psychologie ein. Die Gestaltspsychologen gehen weiter. Sie gehen bei ihren Untersuchungen nicht von den Teilen aus, sondern vom Ganzen und sind bestrebt die Teile vom Ganzen her zu begreifen.

Man könnte das Grundproblem der Gestalttheorie, sagt *Wertheimer*, etwa so zu formulieren suchen: Es gibt Zusammenhänge, bei denen nicht, was im Ganzen geschieht, sich daraus herleitet, wie die einzelnen Stücke sind und sich zusammensetzen, sondern umgekehrt, wo — im prägnannten Fall — das, was an einem Teil dieses Ganzen geschieht, bestimmt wird von inneren Strukturgesetzen dieses seines Ganzen.

An die Stelle stückhaften Inhalts soll ganzheitlicher Teilgehalt, an die Stelle einer Elementensumme soll die Gestalt gesetzt werden. In Gestalthaftem liegt konkret sinnvolles Sein und Geschehen vor. Zu der Summe der Elemente tritt etwas neues hinzu: die Gestaltqualität. *(Ehrenfels.)* Die ganzheitliche Gestalterfassung im Gegensatz zur stückhaften Summation verdeutlicht z. B. die Erfassung einer Melodie. Diese ist nämlich nicht ein Haben nacheinanderfolgender Toninhalte plus etwa der einzelnen Intervalle, vielmehr ist dabei ein vorkommender Ton von vornherein als Teil da in seiner konkreten Funktion im Ganzen. Das Wesen der gestaltpsychologischen Methode besteht in der Beurteilung des Verhaltens aus der Gesamtsituation.

Eine jede Wissenschaft hat ein vorwissenschaftliches Stadium. Auch die Physik. Als *Galilei* z. B. seine Gesetze formulierte, stand ihm die Alltagserfahrung von Jahrhunderten zu Gebote. Die Probleme, deren quantitative Lösung er fand, waren durch die Alltagserfahrung sozusagen »qualitativ präpariert«. Alle exakten Naturwissenschaften waren in ihren Anfängen auf qualitative Feststellungen angewiesen, ehe es möglich wurde, quantitiv-mathematische Methoden in Anwendung zu bringen. *Röntgen* begann die

Untersuchung seiner Strahlen nicht gleich mit Messungen, sondern mußte erst ihre Eigenschaften in qualitativen Experimenten entdecken und analysieren. Die Entwicklung exakter, quantitativ-mathematischer Methoden setzt eine bestimmte Summe von Einzelbeobachtungen qualitativen Charakters, eine Ansammlung von Erfahrungsstoff voraus. Dieser Besitz an angesammeltem Erfahrungsmaterial ist die Voraussetzung aller quantitativen Spezialmethodik. Bei der Psychologie, sagen die Gestaltpsychologen, sind diese Voraussetzungen z. Z. noch nicht erfüllt. Es fehlt an qualitativer Kenntnis wichtiger Funktionalbeziehungen, welche die Basis exakter Messungen abgeben könnten.

Daher ist die eigentliche Aufgabe der Psychologie: Ansammlung qualitativer Einzelbeobachtungen; nicht »blindes Messen«, sondern eine möglichst unvoreingenommene qualitative Untersuchung als notwendige Ergänzung quantitativer Arbeiten. Es führt zu falschen Folgerungen, wenn man die gegenwärtige hochentwickelte Spätform der exakten Naturwissenschaften sich zum Muster nimmt. Die Gestaltpsychologen fordern, daß man mit dem Studium der Entwicklung der Naturwissenschaften beginnen müsse. Dabei ist es erforderlich um so sorgfältiger zu Werke zu gehen, weil der Gegenstand der Psychologie viel komplizierter ist als das Objekt z. B. der Physik. Die Arbeit des Physikers wird durch die Einfachheit seiner Systeme begünstigt. Anders beim Psychologen. »Eine Amöbe ist wahrscheinlich komplizierter als alle bekannten Systeme der anorganischen Welt.« *(Köhler.)* Die Gestaltpsychologie führt die »dynamische« Betrachtung in die Psychologie ein. Bei der dynamischen Theorie wird, zum Unterschied von der mechanistischen, auch die Bewegungsrichtung eines Geschehens von der aktuellen dynamischen Situation abhängen.

Den Umfang der gestaltpsychologischen Betrachtung kennzeichnet aber die folgende Feststellung: Wo sich ein Geschehen nach der für sein ganzes Feld gegebenen Bedingungskonstellation dynamisch verteilt und selbst ordnet, da liegt ein Fall vor, der in das Gebiet der Gestalttheorie fällt. (*Köhler.*)

Der Behaviorismus.

Wie die modernen deutschen Psychologen, so sind auch die amerikanischen Psychologen auf eine Ganzheitsbetrachtung eingestellt. Aber während die Deutschen die Ganzheitsbildungen von seiten des Seelischen her zu verstehen suchen, bezweifeln die Amerikaner den Wert von inneren Erfahrungen und Erlebnissen. Die Behavioristen verwerfen den Begriff des Bewußtseins. Sie bemühen sich das Verhalten (behavior) der einheitlichen menschlichen Person zu untersuchen, so wie es sich objektiv der

Beobachtung darbietet. Die Methode der Introspektion wird als unexakt abgelehnt. Begriffe, wie Wille, Vorstellung, Gefühl werden als unnütz hingestellt. Der Behaviorismus erstrebt somit eine objektive Psychologie und stellt sich im Sinne der Entwicklungspsychologie auf den Boden der genetischen Betrachtung. Er beginnt mit der Untersuchung des Verhaltens der einfachsten Lebewesen d. h. mit der Tierpsychologie, schreitet dann zur Kindespsychologie fort, um schließlich die erzielten Ergebnisse für eine Psychologie der Erwachsenen verwerten zu können. Den Kontrast zwischen der alten und zwischen der neuen Psychologie, behaupten die Behavioristen, kennzeichnet man am besten, wenn man sagt, daß alle Richtungen mit Ausnahme des Behaviorismus das »Bewußtsein« in den Mittelpunkt aller Seelenkunde stellen. Demgegenüber vertritt der Behaviorismus die Ansicht, daß die Verhaltensweisen oder Aktivitäten des menschlichen Wesens Hauptinhalt aller menschlichen Psychologie sind. (*Watson, Thorndike, Tolman, Lloyd Morgan.*) Für den Behavioristen ist alles menschliche Verhalten Reaktion auf Reize. Reaktion ist dabei alles das, was ein Lebewesen tut. Diese Reaktionen gilt es zu ermitteln. Die Hauptaufgabe des Behavioristen ist Menschenbeobachtung. Der Behaviorist will beobachten, was ein »Lebewesen vom Morgen bis zum Abend und vom Abend bis zum Morgen tut.« (*Watson.*) Die Aufgabe der behavioristischen Psychologie ist es, die menschlichen Handlungsweisen vorauszusagen und zu überwachen.

»Instinkte« im üblichen Sinne gibt es nicht. Alles was wir bis jetzt »Instinkt« genannt haben, ist in erster Linie das Ergebnis der Übung, gehört zum »erlernten Verhalten« des Menschen.

Alles menschliche Tun und die menschliche Entwicklung wird durch den »Aktivitätsstrom«, unter dem wohl eine besondere Kraft zu denken ist, bewirkt. Wie die physikalischen Kräfte, ist diese Kraft lediglich blind mechanisch wirksam. Der Behaviorismus ist deterministisch. Der schwache Punkt dieser Lehre besteht in der Unvereinbarkeit von Mechanismus und Ganzheitsbetrachtung. Aus diesem Grunde bemüht man sich schon heute ein teleologisches Prinzip in die behavioristische Psychologie einzuführen. So spricht z. B. schon *Tolman* von: Verhaltungsgestalten. Ebenso Thorndike.

Die Psychoreflexologie. (Leningrader Schule.)

Die Psychoreflexologie oder »objektive Psychologie«, wie sie auch genannt wird, erblickt ihre Aufgabe in der Untersuchung der neuropsychischen Reflexe, die sich in folgenden Phasen darstellen: als zentripetale Leitung (1.), als Bildung des Eindruckes (2.), als assoziative Reproduktion der früheren Spuren

(3.), als zentrifugale Leitung, welche durch die Belebung der früheren Spuren bedingt erscheint (4.) (*v. Bechterew.*) An Reflexen werden unterschieden: die ererbten Reflexe und Automatismen, die Konzentrierungsreflexe, die symbolischen Reflexe und die persönlichen Reflexe. Die Psychoreflexologie wurde besonders durch die experimentellen Arbeiten von *J. P. Pawlow* bereichert. Im Mittelpunkt seiner Untersuchungen steht die Lehre von den »bedingten Reflexen«, die man im Gegensatz zu den gewöhnlichen Reflexen als individuelle bezeichnen könnte. Hierbei handelt es sich um das Zustandekommen eines Zusammenhanges zwischen einem bestimmten äußeren Reiz und einer bestimmten physiologischen Tätigkeit, der früher nicht bestanden hatte. *Pawlow* hatte z. B. durch Einlassen einer Röhre den Speichelfluß zur Außenseite der Wange eines Hundes geleitet und die Speichelmenge gemessen, die der Hund beim Anblick eines Stückes Fleisch absonderte. *Pawlow* schlug nun eine Zeitlang jedesmal, wenn er das Fleisch darreichte, einen Ton an. Als er dann nach einiger Zeit nur den Ton anschlug, ohne das Fleisch darzureichen, sonderte der Hund trotzdem die gleiche Menge Speichel ab. Mit Hilfe solcher »bedingten Reflexe« bemühte sich *Pawlow* die gesamte Neuropsyche zu untersuchen. Dabei kommen diese bedingten Reflexe durch ein Zusammenwirken von Hemmungen und Erregungen zustande, wobei drei Hemmungstypen unterschieden werden: die Schlafhemmung, die äußere und die innere Hemmung. Die Aufgabe der Forschung besteht nach *Pawlow* darin: die Bahnen zu bestimmen, auf denen die Reflexe ablaufen.

Die Eidetik.

Die Eidetik wurde aus der Assoziationspsychologie entwickelt. (*G. E. Müller, E. R. Jaensch.*) Sie stellt fest, daß zwischen den Empfindungen und Vorstellungen sich besondere »Anschauungsbilder« nachweisen lassen, welche für das gesamte Seelenleben von grundlegender Bedeutung sind. Bei der Untersuchung von Schulkindern wurde nämlich die Beobachtung gemacht, daß einige Kinder ein eben gesehenes Bild in solcher Lebhaftigkeit reproduzieren konnten, daß diese Reproduktion an Deutlichkeit dem Original fast gleichkam. Wenn man einer dazu veranlagten Person ein Bild auf einer Projektionsfläche darbot und nach einigen Sekunden entfernte, so vermochten diese Personen trotzdem das Bild weiter »wirklich« zu sehen. *W. Jaensch* untersuchte dann die Beziehungen zwischen der eidetischen Anlage und der gesamten psychophysischen Konstitution. Dabei stellte er zwei verschiedene Typen von Eidetikern auf, die zu bekannten klinischen Zustandsbildern in Beziehung stehen: den

T-Typus (tetanoider Typus) und den B.-Typus (basedowoider Typus). Die Eidetik stellte weiter die bemerkenswerte Lehre von den »Schichten« des Bewußtseins auf. Wie im Denken und Wollen, so auch in der Raumwahrnehmung gibt es nicht nur eine Form, sondern ein ganzes Schichtensystem, dessen einzelne Schichten auf verschiedene Personen verteilt, wie auch in einer Person vereint vorkommen können. Während differenziertere, jüngere Bewußtseinsschichten sich ausbilden, bleiben die älteren primitiveren erhalten, so daß z. B. auch auf höherem Entwicklungsniveau die älteren wie die jüngeren Lösungsmittel, abwechselnd benutzt werden können, je nachdem das betreffende Individuum die eine oder die andere Bewußtseinsschicht durch entsprechende Einstellungen einschaltet.

Die Ganzheitspsychologie. (Leipziger Schule.)

Der Wundtschüler *Felix Krüger* begründete die Ganzheitspsychologie, welche über die Berliner Gestaltpsychologie hinausgeht. *Krüger* knüpfte an die Gefühlstheorie von *Cornelius* an, welcher die Ansicht vertrat, daß die Gefühle Gestaltqualitäten im Sinne von *Ehrenfels* seien. Diese von *Cornelius* vertretene Gefühlslehre baute *Krüger* zu einer Theorie der Komplexqualitäten, d. h. der Qualitäten seelischer Ganzheitsgebilde aus. Er postulierte das Primat des Erlebnisganzen über die Teile und lehrte die durchgängige Strukturbestimmtheit des psychischen Geschehens. Die Aufgabe der Seelenkunde besteht darin, »von der seelischen Wirklichkeit her genauer zu bestimmen, was Ganzheit ist« (*Krüger*). Dem Begriff der Vorstellung stellt *Krüger* den Begriff der »Einstellung« entgegen, welcher schon die Hinwendung auf das Ganze der Erlebnisse anzeigt. Den Gestaltpsychologen wirft *Krüger* vor, daß sie sich lediglich auf die Betrachtung optischer Gestalten und der Intelligenz beschränken, anstatt durch planmäßige Vergleichungen von Komplexqualitäten das Verständnis für psychische Ganzheit zu suchen.

Die Gefühle sind Komplexqualitäten, d. h. besondere Beschaffenheiten von Ganzheiten, und zwar sind sie die spezifische Gesamtfärbung des jeweiligen Erlebnisganzen; sie sind Färbungen des Erlebnistotals und Funktionen des gesamten Organismus. Alle Gefühle sind gekennzeichnet durch: Universalität (d. h. sie fehlen in keinem Erlebnisbefunde), Qualitätsreichtum, Wandelbarkeit und Labilität. (*Krüger*.)

Das psychische Ganze überwiegt über seine Teile. Die in einem psychischen Komplex unterscheidbaren Teile werden jederzeit durch ihre Zusammenordnung und durch die Gesamtqualität des Komplexes qualitativ mitbestimmt, und zwar wirkt die Qualität sowie die Gliederung des Ganzen in stärkerem Grade auf die

Teile ein, als umgekehrt das Vorhandensein oder Fehlen bestimmter Teile den Charakter des Ganzen beeinflußt.

Den psychischen Erscheinungen wird Struktur, d. h. gegliederte dispositionelle Ganzheit denkend zugrunde gelegt. Dabei wird der Strukturbegriff folgendermaßen charakterisiert: Psychisches Geschehen ist jeweils durch einen Komplex von relativ beharrenden Gerichtetheiten (z. B. durch verbundene Nachwirkungen früheren Erlebens) bedingt. Dieser Wirkungszusammenhang ist in sich zu einer den Augenblick überdauernden Einheit zusammengeschlossen. Ein solcher einheitlicher Wirkungszusammenhang tritt in jeder Persönlichkeit als Ganzheitsdrang und als Übergewicht des Ganzen in Erscheinung und beherrscht alle Gestaltauffassung und gestalthafte Gliederung, alle Formwirkung und Formbildung. (*Krüger*, *Volkelt*, *Sander*, *Ipsen*.) Diese Struktur oder Dauergeformtheit des Seelischen kommt »im Tiefencharakter der Erlebnisse«, vor allem der Gefühle, zum Bewußtsein. Vom Strukturbegriff aus führt der Weg zur Entwicklungspsychologie, ist doch die Ganzheit — das »oberste Prinzip aller Entwicklung«. Und: alle sachgeforderten Wege der Seelenforschung laufen dahin zusammen, daß sie auf das Entwicklungsnotwendige gerichtet sind. Die Strukturgesetzlichkeit des Psychischen bedeutet erkannte Notwendigkeit seines Werdens. (*Krüger*.)

Der mechanistische Parallelismus.

Der mechanistische Paralellismus versucht die Frage zu beantworten, wie sich Bewußtseinszustände und Hirnprozesse zueinander verhalten. Er fordert die parallelistische Zuordnung von »Bewußtseinselementen« zu bestimmten Hirnpartien. Das führt zu einer Lokalisation von Bewußtseinsvorgängen in bestimmten Hirnabschnitten. Mit anderen Worten, einem jeden Bewußtseinsvorgang entspricht ein Parallelprozeß im Gehirn. (*Semon*, *J. Schultz*, *Ebbinghaus*.)

Der dualistische Vitalismus.

Die Vitalisten lehnen die parallelisierende Lokalisation, sowie die Übertragung der mechanistischen Denkweise auf das Seelenleben ab. In den physiologischen, wie in den Bewußtseinsvorgängen offenbart sich das Wirken einer zielstrebigen Aktivität. Die Seele wird als das substantiell einheitliche Tätigkeitsobjekt, das hinterbewußte reale Korrelat des Ich bezeichnet. Diese unbewußte Seele erscheint als das Zwischenglied zwischen Bewußtsein und Leib. Die Vitalisten vertreten eine Wechselwirkungstheorie. Nur auf dem Weg über die unbewußte Seele bestehen kausale Be-

ziehungen zwischen dem materiellem Leib und dem Bewußtsein. (*v. Hartmann*, *Drews*, *Driesch*, *Bergson*.)

Der Psychovitalismus.

Die Psychovitalisten halten alle lebendige Substanz für beseelt. In einem jeden Organismus bedingt die Seele die Eigenart der Lebensvorgänge, indem sie in der lebenden Substanz das materielle Geschehen führend beeinflußt. Diese Einwirkung tritt in erster Linie in dem Probier-Lernverfahren in Erscheinung, auf Grund dessen die Organismen zweckmäßige Reaktionen erwerben und festhalten. Was die Stellung zum Leib-Seele-Problem anbetrifft, so vertreten die Psychovitalisten eine Wechselwirkungslehre, allerdings mit der Modifikation, daß sie zwar annehmen, daß alle psychischen Prozesse mit physischen verbunden sind, aber von der parallelistischen Ansicht insofern abweichen, als sie behaupten, daß psychische Vorgänge physische hervorrufen und im Sinne einer zweckmäßigen »Leitung« beeinflussen. (*E. Becher*.)

III. Subjektivierende Richtungen in der Psychologie.

Die Aktpsychologie.

Die Aktpsychologie knüpft an die Arbeiten von *Franz Brentano* an, dessen Anschauungen über die Eigenart des Seelischen der objektivierenden Psychologie recht nahe stehen. Nach *Brentano* ist die Psychologie nicht eine Wissenschaft von der Seele, sondern von »psychischen Phänomenen«, die sich in drei Gruppen von: Vorstellen, Urteilen und Liebe und Haß gliedern. Das Urteil besteht nicht in einem Verbinden von Vorstellungen, sondern lediglich im Anerkennen und Verwerfen. Im Anschluß an diese Lehre entwickelte sich die moderne Aktpsychologie, die im seelischen Erleben das Erlebte, den »Inhalt«, dem Erleben selbst, dem »Akt« gegenüberstellte. Die Aktpsychologen trennen scharf die »Erscheinungen«, wozu die Inhalte der Sinnesempfindungen und ihre Reproduktionen gerechnet werden, von den psychischen »Funktionen«, »Akten«, zu welchen sie das Bemerken der Erscheinungen, das Zusammenfassen der Erscheinungen zu Komplexen, die Begriffsbildung, das Auffassen und Urteilen, das Begehren, das Wollen und die Gemütsbewegungen zählen. (*C. Stumpf*, *Th. Lipps*.)

Die personalistische Psychologie.

William Stern ist der Begründer der Personalistik. Im Mittelpunkt seiner Lehre steht das Problem der Ganzheit. Da aber keine Ganzheit wesenhafter ist als die »Person«, so ist die

Person zum Grundbegriff seiner Philosophie geworden. Diese Philosophie ist aufgebaut auf der Antithetik von »Person« und »Sache«. Alles Seiende läßt sich einer der beiden Kategorien zuordnen. Als »Person« wird bezeichnet: eine selbsttätig sich bestimmende, zielstrebige, sinnvolle Ganzheit. Person ist, was als Ganzes Selbstbestimmung übt. Ihren Teilen, Organen d. h. allem, was im Vergleich zur Ganzheit der Person Teilcharakter hat, kommt nur abgeleitetes Sein zu. Es hat den Charakter der »Sache«, d. h. des Abgeleiteten, Vergleichbaren, Meßbaren. »Sachen« sind also: alle solche Daseinsweisen, die nicht als individuelle selbstwirkende Ganzheiten aufgefaßt werden können. Personen und Sachen stehen miteinander in Beziehung. Beide werden verbunden durch das Prinzip der »Hierarchie« und durch das Prinzip der »Konvergenz«.

Das »Prinzip der Hierarchie« besteht in folgendem: Die Welt ist ein Stufenreich, eine Hierarchie von Personen. So ist z. B. die Zelle für sich betrachtet Person d. h. sich selbst bestimmende Ganzheit, zugleich aber ist sie ein Teil der übergeordneten Menschperson und ist als solche mit anderen Zellen vergleichbar, vertauschbar, d. h. sie bedeutet in diesem Sinne eine Sache. Was nämlich von oben her d. h. als Ganzheit betrachtet Person ist, ist von unten her d. h. als Teil gesehen: Sache. Der Begriff der Person bleibt aber nicht allein auf den Menschen beschränkt: »Personen« sind auch Pflanzen, Tierindividuen usw. Das Hierarchieprinzip wird durch das Konvergenzprinzip ergänzt, welches ein zweckbestimmtes, positives Verhältnis von Person und Umwelt postuliert. Welt und personale Zielstrebigkeit müssen zusammenwirken. Die Person bringt zunächst nur Wirkungsfähigkeiten, nur sog. Dispositionen mit, die zuerst als bloße Anlagen vieldeutig sind, bis sie durch Konvergenz mit der Umwelt immer mehr und mehr vereindeutigt, zu Eigenschaften fixiert werden. Mit dieser Feststellung ist zugleich Möglichkeit und Begrenzung der personalen Plastizität gegeben. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, gewinnt die Pädagogik einen ganz bestimmten Spielraum: Sie kann nicht die Person nach irgendwelchen von außen herangebrachten Idealen zurechtkneten, sondern muß innerhalb der Spielraumbreiten angelegter Selbstbestimmung die wertvollste Vereindeutigung herbeizuführen suchen. Die Seelenkunde ist nur ein Teilgebiet der Wissenschaft von der menschlichen Person, der »Personalistik«. Legt man das Prinzip der Hierarchie zugrunde, so eröffnen sich für den Psychologen zwei Wege der Betrachtung. Wenn man den Weg von unten nach oben einschlägt, so geht man von den »Phänomenen«, den Bewußtseinsgegebenheiten aus, deren Verbindung nicht durch Assoziationsgesetze, sondern nur durch einheitliche personale

»Akte« verstanden werden kann. Diese »Akte« benötigen nun, um zeitlich aufeinander bezogen zu werden, der »Dispositionen«, die als einheitbildende Unterlagen dienen, welche sich wiederum einer höheren Einheit, der Einheitsdisposition des Ich, der Entelechie unterordnen. Nur die »Phänomene« werden als »psychisch« aufgefaßt, während das Ich, »Dispositionen«, »Akte« als »psycho-physisch-neutral« hingestellt werden. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, stellt sich die »Seele« als eine klargegliederte Hierarchie dar.

Schlägt man aber den Weg von oben nach unten ein, so ergeben sich aus der Kategorie der Person »Struktur« und »Bedeutung« des Seelischen.

Der Begriff der Struktur dient dazu, um die Frage nach der Verbindung der Vielheit und Einheit in der Person zu beantworten. Das Seelenleben ist nur dann zu begreifen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß alles, was sich aus dem Ganzen »abhebt«, ihm trotz der relativen Isolierung »eingebettet« bleibt. Auch der »Wesentlichkeitsrang« gehört zur Struktur, denn nicht alles ist im Hinblick auf die Person gleich wichtig.

Man muß zwischen niederen und höheren Funktionen, tieferen und oberflächlichen Schichten unterscheiden. Mit anderen Worten: ein jeder seelische Tatbestand ist nicht nur selbst strukturiert, sondern in immer höhere Struktureinheiten, letztlich in die »Person« eingebettet. Weder aus seinen Elementen, noch aus sich selber ist er zu begreifen, sondern nur aus der personalen Ganzheitsbezogenheit. Auch das Problem der Bedeutung ist wichtig. Wird nämlich das Bewußtsein nicht nur beschreibend betrachtet, so gewinnt es »Bedeutung«.

Leib und Seele gehören zusammen, und zwar so, daß beide durch ihre gemeinsame Zugehörigkeit zur Person in die mannigfaltigsten Zweck- und Sinnzusammenhänge eintreten.

Alles Leibliche ist »Äußerung«, alles Seelische ist »Innerung«. (*Stern.*)

Die Lebenspsychologie.

Müller-Freienfels, der die Lebenspsychologie begründete, stellt nicht bloß das Bewußtsein als sein Forschungsziel hin, sondern das »Zusammenspiel von Bewußtsein, Unterbewußtsein und Überbewußtsein, was alles zum Begriff »Leben« gehört«.

Da das Leben ein organischer auf Zielerfüllung angelegter Tatbestand ist, deshalb müssen die mechanistischen Grundbegriffe durch vitalistisch-finalistische ergänzt werden. Nur von einem ganzheitlichen Lebensstreben aus, das sich in jedem Einzelakte auswirkt, kann alles fremde und eigne Erleben begriffen werden. Diese Betonung der Zielstrebigkeit des Ich

bringt die Lebenspsychologie in nahe Berührung mit der *Adler*schen Individualpsychologie und der personalistischen Psychologie *William Stern*s. Für *Müller-Freienfels* ist das Ich der Gegenstand der Psychologie, das er als ein »Tätigsein«, als einen Kraftquell begreift. Dieses Ich entspricht etwa *Stern*s »psychophysisch-neutraler Person«. Die Lebenspsychologie ist aktivistisch. Am Ich werden zwei »Aktgruppen« unterschieden:

1. solche »Akte«, in denen das Ich sich mit der Außenwelt in Beziehung setzt. Diese »Akte« konstituieren das Gegenstandsbewußtsein, zu welchem Denkakte und Vorstellungen, Wahrnehmungen und Empfindungen gerechnet werden.
2. »Akte«, in welchen die Zustände des Ich in Erscheinung treten, die das Zustandsbewußtsein konstituieren, zu dem das Trieb-, Gefühls- und Willensleben gezählt werden.

Großes Gewicht hat *Müller-Freienfels* auch auf die Analyse des Trieblebens gelegt. Er hat ein »System der Triebe« aufgestellt. So unterscheidet er z. B. sieben Urtriebe:

1. Triebe, welche der Betriebserhaltung des Lebens dienen (z. B. Hunger).
2. Triebe, welche der Erweiterung des Lebens dienen (z. B. Erwerbstrieb).
3. Triebe, welche der Sicherung des Lebens dienen (z. B. Furcht).
4. Triebe, welche der feindlichen Lebenshaltung dienen (Zorn).
5. Triebe, welche der Lebenserhöhung dienen (Machttrieb).
6. Triebe, welche der freundlichen Gesellung dienen (z. B. Sympathie).
7. Triebe, welche der Fortpflanzung des Lebens dienen (z. B. Wollust).

Auf das System der Triebfedern hat er auch eine Typenlehre errichtet. So gibt er z. B. folgende Typen des Gefühlslebens:

1. des materiellen Menschen,
2. des Erwerbsmenschen,
3. der Selbsterhöhung,
4. des depressiven Menschen,
5. des aggressiven Menschen,
6. der freundlichen Gesellungstriebe,
7. des erotischen Menschen.

Das Gefühl ist dabei, im Gegensatz zu *Felix Krüger* nicht Grundphänomen, sondern lediglich Begleiterscheinung des Wollens und der Triebe, durch die angezeigt werden soll, ob der Ablauf der Strebungen sich mit oder ohne Hemmungen vollzieht. Das Ich ist in diesem Sinne gleichbedeutend mit »Leben«. Um den Aufbau des Bewußtseins begreiflich zu machen, beginnt

er mit der Untersuchung der Wahrnehmungen, die er als komplexe Gestaltung des Ich auffaßt. Die Aufmerksamkeit wird als die gestaltende Tätigkeit im Wahrnehmen hingestellt. Den Begriff der Vorstellung ersetzt der Lebenspsychologe durch den Begriff der motorisch-emotionalen Einstellung, die »nicht Abbildung der Außenwelt, sondern symbolisch-aktive Beziehung dazu darstellt«. Die Gedächtnistätigkeit bedeutet schöpferisches Neugestalten. Das Denken ist ein »schöpferischer Akt des Ich«.

An jedem Denkakt unterscheidet der Lebenspsychologe ein dreifaches Stadium:

1. den Denkantrieb oder die Setzung des Denkziels,
2. die Konstituierung und Bearbeitung des Denkziels,
3. die Lösung und Verifikation des Denkziels.

Die geisteswissenschaftliche Psychologie.

Die Vertreter der geisteswissenschaftlichen Psychologie haben am schärfsten den Trennungsstrich gegenüber der atomistisch-mechanistischen Psychologie vollzogen. Während die mechanistischen Psychologen die höheren seelischen Vorgänge aus Elementarprozessen aufbauen wollen, geht der geisteswissenschaftliche Psychologe vom Ganzen der seelischen Struktur aus, wobei er darunter einen Leistungszusammenhang versteht. Wie die seelische Ganzheit einen Sinnzusammenhang darstellt, so sind auch die seelischen »Akte« und Erlebnisse sinnerfüllt. Unter einem »Akt« versteht *Spranger* ein sinngebendes, unter Erlebnissen ein sinnerfüllendes Verhalten. Der Gegenstand der geisteswissenschaftlichen Psychologie ist somit das sinnerfüllte Seelenleben des Menschen. Die geisteswissenschaftliche Psychologie ist eine Strukturpsychologie, die vom Ganzen der seelischen Struktur, worunter sie, wie gesagt, einen Leistungszusammenhang versteht, ausgeht. Leistungszusammenhang aber besagt dies: eine solche Verbindung seelischer Abläufe, durch welche objektive Sinngebilde verwirklicht werden. Denn nur durch solche seelische Gebilde vermag das Ich sich andern mitzuteilen. Nur der Sinn ist uns gemeinsam. Eine bestimmte Aktklasse (z. B. religiöse, aesthetische) konstituiert einen bestimmten Sinn, der nur von einer bestimmten dazugehörigen Klasse von Erlebnissen verstanden wird. Denn verstehen ist nichts anderes als »die zeitlichen Erscheinungen des Geistes auf ihren zeitlosen, gesetzlichen Sinngehalt zurückzuführen« (*Spranger*).

Es gibt nun verschiedene Klassen ursprünglicher Erlebnisse und »Akte«. Das methodische Prinzip aber, nach der alle Aktklassen ermittelt werden, gründet sich auf der Erkenntnis, daß »in allem alles enthalten sei«. In jedem Ausschnitt des geistigen Lebens sind, wenn schon in ungleicher Stärke, »sämtliche gei-

stigen Grundrichtungen enthalten. Jeder geistige Totalakt zeigt dem analysierenden Blick alle Seiten, in die sich der Geist überhaupt differenzieren kann.«

Was gibt es nun für Geistesakte? *Spranger* unterscheidet zwei Arten von »Akten«: individuelle und gesellschaftliche und definiert: Wir verstehen also unter den individuellen Geistesakten diejenigen, zu deren sinnvoller Betätigung das Vorhandensein eines zweiten Ich grundsätzlich nicht erforderlich ist; unter den gesellschaftlichen Geistesakten aber diejenigen, die den Erlebniszusammenhang eines anderen ausdrücklich zur Voraussetzung oder zum Gegenstande haben. Bei diesen »Akten« handelt es sich um folgendes:

1. Die individuellen Geistesakte: Ein Gegenstand in der Wahrnehmung ist gegeben. Dann ergeben sich
   a) Erkenntnisakte: Sie sind auf das allgemeine identische Wesen dieses Gegenstandes gerichtet.
   b) Äthetische Akte: Sie sind auf das Sinnlich-Konkrete gerichtet.
   c) Ökonomische Akte: Sie sind auf die Beziehung des Gegenstandes zu unserer Person und unserem Kräftesystem gerichtet und zielen auf die Feststellung von Nutzen bzw. Schaden des Gegenstandes für uns.
   d) Religiöse Akte: Sie beziehen den Wert des Erlebnisses des Gegenstandes zu dem Erlebnis des höchsten Wertes, zum Gotteserlebnis.
2. Die gesellschaftlichen »Akte«:
   e) Soziale Akte: Sie sind auf die Hervorbringung von Gemeinschaftsgebilden gerichtet, deren Wesen im Verbundenheitsbewußtsein wurzelt.
   f) Politische Akte: Sie sind auf die Hervorbringung von Machtgebilden gerichtet.

Die geisteswissenschaftliche Psychologie beschränkt sich nicht darauf, die wirkliche Struktur der Seele zu durchforschen, sondern sie will auch die Gesetze ableiten, welche für die Gestaltungen auf jedem geistigen Gebiete gelten. Diese Gesetze besitzen Forderungscharakter, es sind normative Gesetze. Folgende Gesetze hat *Spranger* für die einzelnen Wertgebiete aufgestellt:

Das normative Gesetz:

1. der Wirtschaft — liegt im Prinzip des kleinsten Kraftmaßes, d. h. in dem Postulat mit dem geringsten Kraftaufwand den größten Nutzeffekt zu erzielen,
2. der Wissenschaft — liegt im Prinzip des Grundes, d. h. in dem Postulat sämtliche Erkenntnisse in den besten Begründungszusammenhang zu bringen,

3. des Gemeinschaftsgebietes — liegt im Prinzip der Treue, d. h. in dem Postulat dauernder Verbundenheit,
4. des ästhetischen Gebietes — liegt im Prinzip der Form,
5. des Machtgebietes — liegt im Prinzip des Rechts- und Regelwillens, d. h. im Postulat einheitlicher Willensregelung innerhalb der Vielheit der Gemeinschaftsglieder,
6. des religiösen Verhaltens — liegt im Prinzip der Sittlichkeit, d. h. in der Forderung, das Höchstmaß der möglichen Werte zu realisieren.

Nach Untersuchung der Einstellung, welche das Ich bei seiner Tätigkeit auf den einzelnen Wertgebieten offenbart und nach einer Analyse der Gegenstandsschicht, die dem betreffenden untersuchenden Ich gegenübersteht, kommt *Spranger* zur Aufstellung seiner geistigen Idealtypen der Persönlichkeit. Er nennt sie »Lebensformen« und unterscheidet entsprechend den genannten Klassen geistiger »Akte« die Typen des: theoretischen, ästhetischen, ökonomischen, religiösen, sozialen und politischen Menschen.

Die Psychoanalyse.

Die psychoanalytische Theorie dürfte in Fachkreisen so bekannt sein, daß sich ein näheres Eingehen auf diese Theorie erübrigt. Ich beschränke mich deshalb lediglich auf eine gedrängte, mehr schematische Übersicht dieser Lehre.

Die Psychoanalyse will heute Tiefenpsychologie sein. Ursprünglich war sie eigentlich kein System der Psychologie; sie war eine Behandlungsmethode für hysterische Störungen. Dann wurde sie zu einer Methode. — zur Untersuchung psychischer Prozesse erweitert. Allmählich wuchsen die zahlreichen gewonnenen Erkenntnisse zu einer besonderen wissenschaftlichen Disziplin, zu einem komplizierten System zusammen. Schließlich wurde von diesem System aus eine Neubegründung der gesamten Geisteswissenschaften versucht. Drei Hauptgedanken liegen der Psychoanalyse zugrunde:

1. Nur ein kleiner Teil aller psychischen Prozesse spielt sich im Lichte des Bewußtseins ab. Der größte Teil verläuft im »Unbewußten«. Manche psychischen Prozesse, welche ins Bewußtsein getreten sind, werden vom Ich ins Unbewußte zurückgedrängt, weil das Ich diese Inhalte nicht zu ertragen vermag, ohne in seinem Selbstgefühl bedroht zu werden. (Verdrängungslehre.) Diese verdrängten Komplexe drängen aber wieder ins Bewußtsein zurück. Dabei erfahren sie den Widerstand des Ich, welcher die unentstellte Bewußtmachung dieser verdrängten Komplexe nicht zugeben will. (Die Lehre vom Widerstand.) Sie können nur eine entstellte Ersatzbefriedigung ihres Strebens finden, die als psycho-physische

»Symptome« des betreffenden Individuums in Erscheinung treten.

2. Die wirkende Triebkraft des Unbewußten ist der Sexualtrieb, welchem auf dem Gebiete des Bewußtseins der Ichtrieb gegenübersteht. Fast alle verdrängten Komplexe sind Strebungen der Libido, welche aus dem Bewußtsein zurückgedrängt oder gar nicht zum Bewußtsein zugelassen werden.
3. Die kindliche Sexualität ist für das spätere Leben von entscheidender Bedeutung.

Die Richtigkeit seiner Gedanken bemühte sich *Freud* auf drei Gebieten zu erhärten — auf dem Gebiete:

1. der Fehlleistungen,
2. des Traumlebens und
3. der Psychoneurosen.

Zu den Fehlleistungen gehören: das Versprechen, Vergessen, Verlieren, Verlesen und Verhören. Der Sinn des Traumes ist die Wunscherfüllung. Er ist die Befriedigung eines verdrängten, infantilen Strebens.

Die kindliche Sexualität ist durch zwei Merkmale gekennzeichnet:

1. Anlehnung an organische Bedürfnisse (z. B. Saugen an der Mutterbrust),
2. Autoerotismus.

Die kindliche Sexualität zeigt folgende Entwicklungsphasen:

1. die orale,
2. die anale,
3. die phallische,
4. Loslösung vom Autoerotismus. Hinwendung auf ein fremdes Objekt.

Die seelische Behandlung besteht darin, daß der verdrängte Sexualkomplex ins Bewußtsein gehoben wird. Die therapeutische Methode ist folgende:

1. die Ermittlung der Verdrängung. Durch den Assoziationsversuch wird der Sinn der Symptome festgestellt,
2. der Widerstand von seiten des Kranken wird durch zweckentsprechende Einstellung gebrochen,
3. nach der Beseitigung des Widerstandes erfolgt die Übertragung der Libido auf den Arzt,
4. Ablenkung der Libido des Kranken vom Arzt auf einen möglichen Gegenstand oder Sublimierung.

Die Psychoanalyse hat in den letzten zwei Jahrzehnten mannigfache Wandlungen durchgemacht. Da ihre Deutungen der psychischen Prozesse so abseits aller bisherigen psychologischen Theorien stehen, so einzigartig Neues darstellen, wurden sie zunächst leidenschaftlich bekämpft. Trotz großer Widerstände hat die Psycho-

analyse im Laufe der Zeit einen nicht geringen Einfluß auf fast alle Gebiete des Kulturlebens ausgeübt. Literatur, Geisteswissenschaften, Kunst konnten sich dem Einfluß der Psychoanalyse nicht entziehen.

Die Individualpsychologie.

Wie William Stern sieht *Adler* im Begriffe der Individualität den Grundbegriff der Psychologie. Die Aufgabe der Individualpsychologie ist es, aus einzelnen Lebensäußerungen das Gesamtbild einer einheitlichen Persönlichkeit zu gewinnen. Die Einheit des Zielstrebens konstituiert die Einheit der Person. Das Wesen der menschlichen Persönlichkeit ist somit zielstrebende Kraft. Alle Geisteskräfte des Menschen sind auf ein bestimmtes einheitliches Ziel gerichtet. Ein jeder Mensch hat eine Lebenslinie: eine Leitlinie. Denken, Fühlen und Wollen, daß auf kein Ziel bezogen ist, ist unmöglich. Nur Lebloses läßt sich mechanisch erklären. Das Leben ist teleologisch gerichtet, ist ein »Sollen«. Ein jeder Mensch hat seinen geheimen Lebensplan. Es kommt darauf an, diesen Plan zu erkennen. »Wenn ich das Ziel einer seelischen Bewegung oder eines Lebensplanes erkannt habe, dann muß ich von allen Teilbewegungen erwarten, daß sie mit dem Ziel und dem Lebensplan übereinstimmen« *(Adler)*. Dieser Lebensplan ist »Eigenkonstruktion« der Person. Der einheitliche Lebensplan ist auf Überlegenheit gerichtet. Den Inhalt des menschlichen Zielstrebens bildet das Streben nach Macht. Dieses Machtstreben hat einen besonderen Grund. In der Kindheit, sagt der Individualpsychologe, hat ein jeder Mensch ein mehr oder wenig stark ausgeprägtes Minderwertigkeitsgefühl, das sich aus der Schwäche und Unfertigkeit des Kindes gegenüber dem Erwachsenen erklärt. Diese Minderwertigkeit erzeugt einen Betätigungstrieb in der Richtung einer Kompensation der gefühlten Minderwertigkeit. Die zweckmäßigste Kompensation bringt das Überlegenheitsstreben, in dessen Folge sich die Fiktion einer wirklichen Überlegenheit einstellt. So wird eine Fiktion als Antrieb zum Handeln. Das Überlegenheitsstreben offenbart sich beim Kind z. B. im Spiel, in den Träumen, in den Berufsphantasien. Bei Kindern, die willensstark sind, kann die Kompensation der gefühlten Minderwertigkeit zu einer Überkompensation führen. Bei Kindern z. B., die an einem Organdefekt leiden, stellt sich ein starkes Gefühl der Minderwertigkeit ein, das mit einer Trotzreaktion beantwortet wird. Ein starkes Überlegenheitsstreben erfaßt ein solches Kind. Es kommt zum sog. männlichen Protest, der sich gegen Passivität, Unterwürfigkeit, »weibliche Züge« richtet. Das Überlegenheitsstreben kann befriedigt werden:

1. durch Auflehnung und Trotz, oder
2. durch Gehorsam und Unterwürfigkeit, oder

3. durch einen hilflosen Zustand (Krankheit), indem die Umgebung durch stete Inanspruchnahme der Hilfe beherrscht wird.

Unter Neurose versteht der Individualpsychologe, den zur Kompensation eines starken Minderwertigkeitsgefühls errichteten fiktiven Überbau. Die Symptome der Neurose sind die Sicherungen, welche der Kranke errichtet hat und die ihn vor dem Zusammenstoß mit der Wirklichkeit bewahren sollen. Als Mittel, welche dazu dienen sollen, die Mißerfolge des Kranken wettzumachen und ihn vor neuen Niederlagen zu sichern, sind:

1. übertriebene Befürchtungen,
2. übertriebene Erwartungen, und
3. dunkle Vorahnungen.

Als Ziel der Behandlung gilt: die Aufdeckung des neurotischen Lebensplanes und Beseitigung der Sicherungen vor der Begegnung mit dem wirklichen Leben. Der Individualpsychologe gibt nicht eine im einzelnen begründete Systematik der Seele, sondern ist bestrebt seine gewonnenen Erkenntnisse für die Therapie nutzbar zu machen. Die Individualpsychologie ist mehr eine Psychologie des praktischen Lebens und hat deshalb weniger Widerspruch hervorgerufen wie die Psychoanalyse. Sie stellt eine bedeutsame Strömung innerhalb der subjektivierenden Psychologie dar, mit der sie die finale Betrachtung, die Betonung der Ganzheit des Ich, die Herausarbeitung der emotionalen Faktoren u. a. m. verbindet.

Die analytische Psychologie.

In der Auffassung des Libidobegriffs sind verschiedene Schüler *Freuds* eigene Wege gegangen. Darunter auch *C. G. Jung*. *Jung* hat den Begriff der Libido so erweitert, daß er fast die gleiche Bedeutung bekommt, wie élan vital, Lebenskraft, der »Wille« im Sinne von Schopenhauer.

Beachtenswert ist seine Typenlehre. Er hat den Introversions- und den Extraversions-Typus aufgestellt. Der erstere ordnet das Ich dem Objekt über, sieht das Subjekt auf höherem Wertniveau, der letztere ordnet dagegen das Subjekt dem Objekt unter, wobei dann dem Objekt der größere Wert zugesprochen wird. Seine beiden Typen benutzt er zur Erklärung einer ganzen Reihe von geisteswissenschaftlichen Problemen. Hinter dem »persönlichen« Unbewußten *Freuds* bemüht sich *C. G. Jung*, eine tiefere, ältere Bewußtseinsschicht, das »allgemein-menschliche« Unbewußte oder »kollektive« Unbewußte, wie er es nannte, nachzuweisen. Unter Zuhilfenahme von Mythologie, Religionspsychologie, vergleichender Religionswissenschaft, Ethnologie und Völkerpsychologie gelang es *Jung* die Existenz von »ewigen Urbildern« im Menschen aufzuzeigen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen faßte er in seiner Lehre von den sog. Archetypen zusammen.

Die medizinische Psychologie.

Die »medizinische Psychologie« vertreten eine Reihe von Forschern, die von der Psychiatrie aus sich bemühen, die Seelenkunde zu erhellen. Bereits im vorigen Jahrhundert hat die Psychiatrie auf die Psychologie einen starken Einfluß ausgeübt. (*Bernheim*, *Janet*, *Wernicke*, *Charcot*, *Moll*, *Kraepelin* u. a.) Man war in erster Linie bemüht, die Lokalisation der seelischen Prozesse im Gehirn zu ermitteln. Alle diese Forscher bezogen ihre psychologischen Einsichten aus der mechanistisch-atomistischen Psychologie. Auch unter den medizinischen Psychologen hat sich in neuerer Zeit eine grundlegende Wandlung vollzogen.

Den Gegenstand der Untersuchung bildet heute weit mehr die Ganzheit der Person und man ist bestrebt von hier aus die Einzelphänomene zu begreifen. (*Fr. Kraus*, *L. Binswanger*, *Kretschmer*, *Jaspers*.)

Die Charakterologie.

Die Charakterologie knüpft an die Arbeiten von *Carus* und *Lavater* an. Der Begründer der modernen Charakterologie ist *Klages*. Er hat auf dem Boden der von *Nietzsche* übernommenen Lehre von der Lebensfeindlichkeit des Geistes seine Psychologie errichtet. Die menschliche Persönlichkeit ist eine vitale Einheit, welche die beiden Pole: Leib und Seele einbeschließt. Die Seele ist der Sinn des Leibes und der Leib die Erscheinung der Seele. Die menschliche Persönlichkeit ist aber noch ein — Ich; sie hat Selbstbewußtsein, Geist. »Die Persönlichkeit ist nicht nur vitale Einheit, sondern außerdem ein Ich; kürzer sie ist das individuelle Selbst und Charakterkunde, die mit ihm sich befassende Wissenschaft« (*Klages*). Die Psychologie wird auf sechs Grundbegriffen errichtet:

Empfindung, Bewegungsantrieb, Schauung, Gestaltungstrieb, Auffassungsakt und Willensakt.

Die ersten vier Grundbegriffe dienen zur Kennzeichnung »vitaler Vorgänge«. Schauen z. B. ist ein vitaler Vorgang, im Gegensatz zum Vorstellen, das einen geistigen Prozeß darstellt. Geschaut werden Bilder, die, wie die Platonischen Ideen wirkend gedacht werden, und zwar im Sinne von Aristoteles immanent wirkend. *Klages* bekennt sich zu der Lehre von der Wirklichkeit der Bilder. Die beiden letzten Grundbegriffe: Auffassungsakt und Willensakt, stellen gegenüber vitalen Vorgängen spezifisch geistige Akte dar. Insbesonders im Willensakt offenbart sich der Geist am reinsten. Das Wesen des Geistes ist »lebensfeindlicher Wille«.

Der Gegenstand der Charakterologie ist die ganze Persönlichkeit, die aus Seele und Geist besteht. Der Charakterologe ist

bestrebt, allgemeine Sätze über den menschlichen Charakter festzustellen. Die Erkenntnis des fremden Charakters beruht auf dem Prinzip der Teilhabe, d. h. nur einen solchen Charakterzug können wir bei einem andern Menschen ermitteln, an dem wir selber in einem gewissen Grade teilhaben. »Den Stoff zur Erkenntnis fremden Wesens liefert uns das eigene Wesen.« Zwei Wege schlägt die Charakterologie ein, um zu allgemeinen Sätzen fortzuschreiten:

1. Die Methode der abstrahierenden Selbstbesinnung.
2. Die Besinnung auf den charakterologischen Weisheitsgehalt der Sprache.

Das Ziel der Charakterologie ist die Feststellung typischer Unterschiede, die Herausarbeitung von Typen.

Auch die Beziehungen zwischen Charakter und Handschrift wurden wissenschaftlich untersucht. Während *Klages* mehr intuitiv vorgeht, hat *Saudeck* eine experimentelle Graphologie begründet. *Minna Becker* hat, ausgehend von *Klages*, die graphologischen Untersuchungen auf die Kinderhandschriften ausgedehnt. Die charakteristische Eigenart des Kindes offenbart sich nach *Becker* besonders deutlich in den kindlichen Kritzeleien, welche deshalb ihren Untersuchungen zugrunde gelegt sind.

Von anderen Forschern, die auf dem Gebiete der Charakterologie gearbeitet haben, seien u. a. *Utitz*, *Kretschmer*, *Prinzhorn*, *Sesemann*, *W. Jaensch*, *Spranger* und *Jung* genannt.

IV. Die aktuelle Situation in der modernen Psychologie.

Das ungemein lebhafte Interesse der breitesten Öffentlichkeit für psychologische Fragen zeigt deutlich, daß das moderne Bewußtsein »innerlicher« geworden ist. Dieses zunehmende Interesse für seelische Erscheinungen ist für unsere Zeit geradezu symptomatisch. Neben Spiritismus, Theosophie, Anthroposophie, Astrologie, Chiromantie usw. feiert auch die Gnosis, deren Blüte in das I. und II. nachchristliche Jahrhundert fällt, ihre Auferstehung. Es gibt heute sogar eine Eglise gnostique de la France und auch Deutschland besitzt zwei gnostische Schulen.

Trotz mannigfacher Spaltungen und zum Teil heftiger Auseinandersetzungen ist eine zunehmende Bereicherung unserer Kenntnisse der menschlichen Seele und ein Suchen nach neuen Wegen erkennbar. In siebenerlei Hinsicht scheinen sich neue Entwicklungstendenzen abzuzeichnen. Da ist vor allem die Parapsychologie, die sich bemüht, »okkulte Phänomene« zu erhellen. (*Kröner*). Daneben gibt es die Forschungsrichtung des »kritischen Okkultismus«, die sich zunächst auf eine systematische Sammlung von Material zu beschränken scheint (*Dessoir*). Auch die Probleme der Geopsychologie haben an Bedeutung gewonnen,

nachdem *Hellpach* in seiner ausgezeichneten Arbeit über die »Geopsychischen Erscheinungen« die Frage nach den Beziehungen zwischen dem Seelenleben und den Erderscheinungen zu beantworten versucht hat. Interessant ist weiter die Frage der Beziehungen zwischen dem Seelenleben und dem Kosmos (*Arrhenius*). Hier ist es das Verdienst der Hörbigerschen Glazialkosmogonie, die Möglichkeit einer »Astropsychologie« aufgezeigt zu haben (*Hörbiger, Fauth, Voigt, Behm, Valier*).

Bedeutsam sind weiter die Versuche, die Ergebnisse des Studiums des Seelenlebens der primitiven Völker für die moderne »Schichtpsychologie« fruchtbar zu machen (*Lévy-Brühl*). Erwähnenswert ist noch das Problem der Masse. Es ist klar, daß die großen sozialen Umwälzungen, die in der Nachkriegszeit vor sich gingen, zur Beschäftigung mit massenpsychologischen Problemen angeregt haben (*Böhmig, Erismann, Schneersohn, Freimark, Oppenheim, Sieber, Plaut, Anton, Hellpach, Sinitzin, Tarde, Quételet, Brömmer*). Innerhalb der Massenpsychologie gibt es bereits verschiedene »Richtungen«. *v. Bechterew* vertritt z. B. eine »neurologische« Theorie der Masse. Für ihn wird die Massenpsychologie zu einer »kollektiven Reflexologie«. Man ist auch dazu übergegangen, die »Masse« experimentell-psychologisch zu untersuchen. *Moede* hat eine interessante Untersuchung über die »experimentelle Massenpsychologie« veröffentlicht. Aber auch die Masse als »pathologisches Phänomen« ist Gegenstand der Untersuchung geworden. Man könnte von einer »Massenpsychopathologie« sprechen (*Friedmann, Sighele, Hellpach, Weygandt*).

Atomismus und Totalismus.

Überblickt man den heutigen Stand der gesamten psychologischen Forschung, so ist, trotz ihrer Aufgespaltenheit in die verschiedenartigsten Richtungen und sich bekämpfender Systeme, eins unverkennbar: die Wendung von der atomistisch-mechanistischen Betrachtungsweise zu einer Ganzheitsbetrachtung. In dieser Zuwendung auf eine Ganzheitsbetrachtung psychologischer Probleme liegt der Sinn der sich vollziehenden Wandlung. Die moderne Seelenkunde zielt auf »Totalität«. Die atomistisch-mechanistische Anschauungsweise in der Psychologie wird durch eine totalistisch-vitalistische abgelöst. Das ist die aktuelle Situation.

(Aus der Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn.
Prof. Dr. med. *G. Schäfer.*)

Ein Fall von Hirnerweichung

mit ataktischer, sensorischer und electischer Sprachstörung, Bewegungsarmut und Starre.

Von

Richard Zimmermann.

Es handelt sich um einen mit 71 Jahren verstorbenen Fall von Encephalomalacie.

Anfang Juni 1928 erkrankte die bis dahin gesunde Frau plötzlich unter den Anzeichen eines Schlaganfalles. Es bestand eine leichte Sprachstörung. Die Kranke knickte beim Gehen zusammen und konnte die rechte Hand nicht mehr heben. Der Zustand besserte sich schnell. Nach Ansicht ihres Neffen war sie wieder völlig gesund. Da erfolgte Ende Juni ein zweiter Schlaganfall mit Schwäche der ganzen rechten Körperhälfte und erneuter Sprachstörung.

Die Untersuchung ergab eine ataktische Sprachstörung, die in das Fußgebiet der III. Stirnwindung links verlegt wurde. Für die rechtsseitige Halbseitenlähmung kam die innere Kapsel in Betracht. Bezeichnen wir die Brocasche Windung mit Pars triangularis, so erwies sich der Herd keineswegs auf das eigentliche Brocasche Feld beschränkt. Er griff vorn auf die Pars orbitalis und hinten auf die Pars opercularis über. Im Gegensatz zur I. und II. Stirnwindung ist die III. namentlich in ihrem Fuß viel reicher gegliedert. Auf der kleinen Fläche treffen wir auf mindestens vier verschiedene Felder (*Brodmann* 6. 44. 45. 47.). Für die Sprechbewegung kommt vielleicht Feld 6 in Betracht, für die richtige Lautgebung vielleicht Feld 44. Ein thrombotischer, embolischer oder anämischer Erweichungsherd kümmert sich nicht um die Grenze eines Feldes auf dieser oder jener Hirnkarte, sondern ist abhängig vom Gefäßverlauf, collateralen Ödem und Shokwirkung. Infolge der Shokwirkung erhält auch nicht selten jede ataktische Sprachstörung einen sensorischen Anstrich. Die neuere, Economosche Hirnkarte gliedert das Frontale Sprachzentrum noch reicher. Von den Rindentypen finden wir den agranulären und zwei verschiedene Pyramidentypen in das motorische Sprachfeld eingebaut. Die Histologie bestätigt anscheinend die physiologische Ansicht, daß das Sprechenkönnen gar nicht so etwas Einfaches ist: wenigstens erscheint die Mechanik des Sprechenkönnens ungemein verwickelt. Dabei bleibt es aber völlig unklar, wie das Kind in doch ziemlich kurzer Zeit einen so schwierigen Mechanismus zu erlernen vermag. Es ist wohl hier nicht anders wie bei den großen

Maschinen, die der Arbeiter, ohne ihren Zusammenhang zu kennen, mit ein paar rasch erlernten Handgriffen bedient.

Die alte Annahme, daß gegebenenfalls die rechte Hirnhälfte für die erkrankte linke einträte und die Sprache übernähme, wurde auch in diesem Fall wieder nicht bestätigt. Der Fuß der F. III. rechts war nicht im geringsten gestört, als der zweite Anfall so schwer auf die Sprache schlug. Die ganze rechte Seite war und blieb von der Erkrankung verschont, und doch stellte die Sprache sich nicht wieder her.

Bei der reichen Felderung von F. III. links läßt sich ein eigentliches Sprachfeld nicht ausmachen. Für die Optik sind nicht nur die Linsen, sondern auch ihre Zentrierung und die Blenden von Bedeutung. Ein Explosionsmotor kann durch ein paar Wassertropfen im Gasometer, durch ein undichtes Ventil im Gaszuführungsgang, aber auch durch Unstimmigkeiten im Zylinder zum Stillstand kommen. Die Stätten, von denen der Schaden ausgeht, sind noch längst nicht diejenigen, von denen der Gang des Motors seinen Ursprung nimmt.

Bei dem ersten Schlaganfall kam es zu einer Blutung oder zu einem Erweichungsherd links in F. III. Damit war die kortikospinale Bahn (kortikale Haubenbahn und Pyramidenbahn) unterbrochen. Als die Shokwirkung, d. h. die Folgen eines Aushakens der medullären Vorderhornzelle abgeklungen war, zeigte sich kaum eine Schädigung. Nach dem zweiten Schlaganfall brachte die Kranke nur mühsam die Worte heraus, wiederholte und versprach sich immer öfter. Bald kamen die Worte nur noch halb und verwaschen heraus. Die Sprachverschlechterung nach dem zweiten Schlaganfall ging innerhalb von drei Tagen vor sich. Eine Rose wird als »Treck, Treck«; eine Eidechse als »Kett, Kett«; ein Apfel als »Frude« bezeichnet.

Die Kranke verstand anfänglich noch gut, was man von ihr wollte und kam auch Aufforderungen willig nach. Das Auffinden der richtigen Worte wurde sichtlich schwieriger. Die Zahlenreihe von 1—100 brachte sie als alten, früherworbenen Bestand noch einigermaßen zusammen. Als man sie aber nach den Wochentagen fragte, begann sie wieder zu zählen. Ein Klebenbleiben an einmal Gesagtem ist bei alten Leuten auch ohne apoplektischen Insult nichts weiter besonderes, kommt in dieser ausgesprochenen Weise aber nicht vor. Die Verstümmelung von Worten (Paraphasie), das Kleben an dem einmal glücklich herausgebrachten Ausdruck (Perseveration) und die Neigung zu Wiederholungen (Iteration bzw. Echolalie) wiesen darauf hin, daß nicht allein die linke F. III. betroffen sein konnte, daß neben der motorischen auch eine sensorische Sprachstörung eingetreten war. Die Kranke blieb immer mehr an einzelnen Silben hängen, die oft endlos

wiederholt wurden. Die Aussprache wurde immer undeutlicher. Das Mitteilungsbedürfnis und die Lust zum Sprechen gingen soweit verloren, daß die Patientin von sich auch kaum noch ein Wort sprach oder auch nur zu sprechen versuchte.

Nach der gekürzten Krankengeschichte war das Sprachbild etwa folgendes.

»Geben Sie die Hand«: »Ja, ja, ja, die Hand, die gebe ich. Ja, ja, ja, ja, ja.«

Bleistift, Schlüssel, Scheere, Geld, Uhr und einfache Bilder konnten weder mit Namen genannt noch in ihrer Bedeutung erfaßt werden. Während des dreijährigen Krankenlagers wechselten anfänglich noch Aussprache, Sprachvermögen und Sprachverständnis und besserten sich auch vorübergehend etwas. Dann faßte sie Becher und Löffel richtig an und bediente sich ihrer auch richtig. Wozu ein Stechbecken wäre, wußte sie wohl immer. Das Nachsprechen gelang zeitweise noch recht gut. Schließlich ging aber Sprechvermögen und Sprachverständnis so weit verloren, daß die Kranke nur noch die Silben »Hau, Hau« unter sichtlicher Anstrengung mit einem freudigen Grinsen herausbekam. Die ganze Kopf- und Halsmuskulatur war geradezu in Bewegung, wenn die Kranke zu sprechen versuchte.

Für die sensorische Sprachstörung wurden weitgehende Zerstörungen in der ersten Schläfenwindung angenommen. Das Schläfenhirn war in seiner ersten Windung so gut wie völlig zerstört. Sie war in ihrer ganzen Länge auf Stricknadeldicke verkümmert und wies eine bräunlich graue Verfärbung auf. Die T. I. war derartig unansehnlich geworden, daß sie zuerst übersehen wurde. Die Bedeutung von T. I. für das Sprach- und Musikverständnis ist im allgemeinen gut bekannt. In der ersten Windung finden wir die Brodmannschen Felder 38 u. 22 und die beiden ungemein wichtigen Felder 41 u. 42, welche die »Henschen«-Querwindung bilden. Im Hauptteil der T. I. haben wir fast nur einen kleinzelligen Pyramidentyp und ein engbegrenztes Feld, das mit seiner Verkörnelung an die Sehrinde erinnert. Hier war die Windung dünn wie Kartenpapier und sehr brüchig.

Manchmal hatte man den Eindruck, als ob die Kranke überhaupt nicht mehr zu hören vermochte. Zu anderen Zeiten konnte man sich wieder überzeugen, daß Gehörseindrücke beachtet, aber nicht verstanden wurden. Taub war die Kranke nicht. Schwerhörige hören gespannt zu, wenn man mit ihnen spricht und sprechen sehr laut. Davon zeigte die Kranke nichts.

Auch die zweite Schläfenwindung war verschmälert und verfärbt. Die Hirnfurche zwischen T. I. und T. II. war zu einem breiten, klaffenden Spalt geworden. Was in der mittleren Schläfenwindung eigentlich vorgeht, wissen wir nicht. Mit Hören und dem Verstehen des Gehörten scheint sie aber nichts zu tun zu haben.

Es ist gar kein Zweifel, daß die Kranke Bilder, Gegenstände, also auch Buchstaben zu sehen vermochte. Der Hinterhauptlappen zeigte, namentlich die Kalkarina, keine grobschlächtigen Zerstörungen. Die motorischen und sensorischen Herde in F. III. und T. I. mußten an sich schon das Lesen und Schreiben schwer beeinträchtigen. Andererseits wies die weitgehende Zerstörung des Scheitelhirnes auf das Unvermögen, lesen und schreiben zu können, hin. Mit einem Buch oder mit Druckbuchstaben vermochte sie nichts anzufangen. Bei dem Versuch, einige Schriftproben zu erhalten, brachte sie nur wenige hilflose Striche von oben nach unten zustande. Die Gyri Marginalis, Angularis und Lingualis fanden sich stärker verschmälert. Im Marginalis zeigte sich ein bohnengroßer, alter Erweichungsherd. Ein etwas tiefer gelegter Flachschnitt deckte die umfangreiche Zerstörung des unteren Scheitellappens auf. In die Temporal-Parietalen Windungen wird die Fähigkeit, lesen und schreiben zu können, verlegt. Die Fähigkeit zu lesen, d. h. das Entziffern der Druckschrift und das Verständnis des Gelesenen sind ganz verschiedene intellektuelle Vorgänge. Die nervösen Zentren und Bahnen, die für das Lesen und Schreiben in Betracht kommen, waren wohl so ziemlich alle bis auf das Gesichtsfeld, das die Buchstaben als Sinneseindrücke aufnimmt, mehr oder weniger zerstört. So waren die motorischen Zentren in F. III. links und die Bahnen in der inneren Kapsel, der ganze technische Betrieb für das Lesen und Schreiben, an sich schon stark beeinträchtigt. Dazu kam der weitgehende Ausfall der sensorischen Leistungen in T. I. links, die das Verständnis für Druck und Schrift erst ermöglichen. Die Bedeutung des unteren Scheitellappens liegt vor allem in dem Bewegungsantrieb, der mit der Erweichung der Rinde und dem Ausfall im Marklager aufgehoben wurde.

Daß die Fronto-zerebellaren Bahnen bei der Aushöhlung des ganzen linken Hirnes mit zugrunde gegangen waren, zeigt der tiefere Flachschnitt.

Nicht allein die rechte Seite war gelähmt und starr. Die Kranke bewegte auch das linke Bein und den linken Arm schließlich nicht mehr. Das Mienenspiel wurde immer ärmer und erlosch schließlich so gut wie ganz. Die Kranke wurde zu einem Paket, das besorgt werden mußte. Diese Bewegungsstörungen sind von den verschiedenen großen Stammganglien abhängig: vom Pallidum, Thalamus und dem Roten Kern. Vom Pallidum und Thalamus standen nur noch Reste an. Nigra und Roter Kern waren erhalten geblieben. Für die völlige muskuläre Hilflosigkeit kommt die Zerstörung des Pallidum und des Thalamus in erster Linie in Betracht. Für die mimische Bewegungsarmut und das Erlöschen der Affekte wird die Erkrankung des Thalamus anzu-

schuldigen sein. Die großen Stammganglien sind aber auf ein so inniges Zusammenspiel angelegt, daß es schwer ist, den einzelnen Anteil abzugrenzen. Inkoordinierte und Zitterbewegungen kamen nicht zur Beobachtung. Sie können durch die Starre und Bewegungsarmut überdeckt gewesen sein.

Man muß sich neben der Zerstörung umfangreicher Rindenbezirke und der Stammganglien auch die Verwüstungen im zugehörigen Marklager vergegenwärtigen. Vor dem Vorderhorn finden wir die seitlichen Balkenstrahlungen und das Marklager des ganzen Frontalfeldes gelichtet. Es sind dadurch eine Unmenge frontaler Assioziationsfasern zugrunde gegangen. Die Balkenschädigung führt ja zu jener Unfähigkeit, das tausendfache Einerlei des täglichen Lebens auf Geheiß auszuführen. Das war bei der Patientin wohl der Fall. Doch war diese Unfähigkeit schon durch den ataktischen Herd und die sensorische Sprachstörung hervorgerufen. Die in das Stirnhirn einstrahlende Pyramidenbahn zeigt auf ihrem Verlauf durch die innere Kapsel immer mehr zunehmende Lücken, bis sie basal schließlich fast ganz aufhört. Sehr gelitten hatten die verschiedenen Sinnesbahnen, so die frontalen und temporalen Brückenbahnen. Gehen wir hinterhauptswärts weiter, so finden wir die aus dem mittleren Kniehöcker stammende Gehörsleitung weitgehend zerstört. Medialwärts hatte die mediale Schleifenbahn und die durch die Bindearme laufende Schleife gelitten. Mit dem Thalamus waren auch die Thalamo-Frontalbahnen schwer gestört. So mußte das Affektleben erlöschen. Nach den Schnitten müssen wir annehmen, daß auch histologisch wenigstens die Sehstrahlung in die Hirnerweichung mit hineingezogen worden und die andere Seite dafür eingetreten ist. Je mehr Aufnahme- und Aussendebahnen in die Erweichungsherde einbezogen wurden, um so mehr wuchsen die Schwierigkeiten der Untersuchung und der Deutung. Beinahe die gesamte Körperfühlsphäre links war auf das allerschwerste betroffen. Bei den großen Erweichungsherden war zuviel zertrümmert, aber die gerade noch mit dem bloßen Auge sichtbaren kleinsten Herde erwiesen sich mikroskopisch als keilförmige Infarkte.

Sie gaben auch den letzten, erkennbaren Grund der schweren Erkrankung.

Als Grund für den ganzen vieldeutigen Symptomenkomplex muß die an sich physiologische Aderverkalkung des höheren Lebensalters, die zu anfänglich kleinen, dann aber schnell zu immer ausgedehnteren Erweichungsherden führte, angenommen werden.

Aus der Psychiatrischen Abteilung des Zuchthauses Straubing
(Leitender Arzt Dr. *Trunk*, Medizinalrat 1. Kl.).

Über Psychosen in der Haft.

Eine Entgegnung zu der Arbeit »Über Psychosen in der Haft, mit einem Beispiel einer degenerativen Haftpsychose« von Oberarzt Dr. *Schröder* in Band 100, Seite 347ff. dieser Zeitschrift.

Von

Dr. **Hans Trunk.**

Schröder bemißt in seiner Arbeit bei der Beurteilung des Falles D. den Anteil, den die pathologische Veranlagung und das seelische Erleben der Gefangenen an der Verursachung und Auslösung der Haftpsychosen haben, ebenso wie den Anteil des Haftmilieus an der Auslösung und Gestaltung der Psychosen durchaus richtig. Wenn er aber in seiner Einleitung nach einer Aufzählung seelischer Haftwirkungen (Trennung von Angehörigen, Entehrung, Strafdauer usw.) körperliche Schädigungen durch die Haft als Folge mangelhafter Bewegung, schlechter Ernährung und ungewohnter Arbeit in die Ursachenreihe der Haftpsychosen einfügt, »zumal es sich dabei meist um ein Menschenmaterial handelt, das einen hohen Anteil von psychopathischen Persönlichkeiten und zu geistigen Störungen Disponierten stellt«, so kann bei dem Leser die Meinung erweckt werden, als würde schlechte Ernährung usw. in den Gefängnissen und Strafanstalten an der Tagesordnung sein und nicht unwesentlich zu der Auslösung oder gar Verursachung der Haftpsychosen beitragen. Auch könnte bei dem Lesen dieses Satzes von *Schröder* der Eindruck entstehen, als wäre die Milieuwirkung für die Entwicklung der Haftpsychose bedeutungsvoller als die Person mit ihren Anlagen. Dagegen möchte ich Stellung nehmen.

Ich gehe zunächst auf die »schlechte Ernährung« ein. Ganz abgesehen muß hier von den Verhältnissen in der Kriegs- und Nachkriegszeit werden. Daß die damaligen Ernährungsverhältnisse in den Strafanstalten ebenso wie an den Irrenanstalten durchaus ungenügend waren, bedarf keiner Wiederholung. Auch die in Freiheit befindlichen Personen, die nichts anderes als ihre zugeteilte Ration zu verzehren hatten, waren ja in gleicher Weise betroffen.

Wenn man die Häufung der Haftpsychosen in jenen Jahren, aber besonders in den Nachkriegsjahren, mit der damaligen schlechten Ernährung in ursächlichen Zusammenhang bringt, so mag das hingenommen werden. Richtiger wäre es wohl auch hier ein seelisches Bindeglied einzufügen, indem man annimmt, daß eben die Haftverschärfung durch mangelhafte Kost den Wunsch nach der Freiheit um so stärker hervortreten ließ und damit auch die wunschbedingten Psychosen vermehrte. Daß körperliche Erschöpfung die Auslösung von Psychosen, aber nicht nur von psychogenen Psychosen, begünstigt, wird damit nicht bestritten. Naheliegender ist es aber, die bekannten Auflösungs-Erscheinungen der Nachkriegszeit im Sinne der Zuchtlosigkeit für die damalige Mehrung der Haftpsychosen als auslösende Kraft anzusehen.

Inzwischen haben sich die Ernährungsverhältnisse längst wieder auf den Vorkriegsstand gehoben. Die Kostordnungen von früher haben wieder ihre Gültigkeit. Die Erfahrungen der Kriegszeit, mit wie wenig Nährstoffen der Mensch auskommen kann (Eiweißherabsetzung), haben die Kostordnungen nicht beeinflußt.

In den kleineren Gefängnissen der Amts- und Landgerichte besorgt zumeist die Frau des ersten Gefängnisbeamten die Küche. Wer diese Verhältnisse kennt, wird beobachtet haben, daß dort zumeist sehr gut und ausreichend gekocht wird. Den Kostvorschriften wird dabei meist mehr als Genüge getan. In den größeren Gefängnissen und den Strafanstalten wird die Kost natürlich nicht mehr am Herde wie in den kleinen Gefängnissen bereitet, sondern in der Großküche. Die Beobachtungen, die ich hier an einem Zuchthause mit mehr als 900 Gefangenen mache, gehen dahin, daß gesunde Gefangene im ersten Jahre der Strafzeit durchweg an Körpergewicht zunehmen, und das, ohne daß ihnen außer der Hauskost besondere Zulagen gewährt werden. Die dauernde Gesundheitskontrolle findet auch die Gefangenen heraus, die körperlich irgendwie versagen und behebt die Mängel. Auch unter den gesunden Zugängen gibt es natürlich Unterschiede. Die Masse kommt aus Verhältnissen, die bezüglich Ernährung weniger günstig waren, wenn auch nicht der Quantität nach, so doch bezüglich der Speisenzusammensetzung und der Regelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme. In den späteren Strafjahren halten die Gefangenen zumeist das erreichte Gewicht mit geringen Schwankungen inne. Nicht selten jedoch sind Erscheinungen der Eßunlust, die oft mit Anacididät einhergehen. Die Gefangenen sind »abgegessen«. Kostwechsel und entsprechende ärztliche Behandlung setzen hier natürlich sofort ein. Wer als Assistent des öfteren an verschiedenen Krankenhäusern war, der weiß wie bald man abgegessen sein konnte, und wenn man gleich die Kost der ersten Klasse bekam und wenn die Kost an-

fangs noch so gut gemundet hat. Der Wirtshausgast wird daran auch nicht zweifeln. Die längste Speisekarte vermag es nicht zu verhindern, daß er sich »abißt«. Die Qualität der Kost ist hier nicht in der Lage die Erscheinung des Abgegessenseins aufzuhalten. Die Zusammensetzung der Kost an den Strafanstalten ist auch derart, daß sie jeden Vergleich mit der anderer Anstalten, etwa der Irrenanstalten, aushält.

Meine eigenen Beobachtungen über den Zeitpunkt des Entstehens von Haftpsychosen gehen nun dahin, daß der Großteil der Psychosen gerade in der ersten Zeit der Strafhaft zur Entwicklung kommt. Das ist somit gerade in der Zeit, in der die Masse der Gefangenen körperlich gedeiht, an Gewicht zunimmt und auch seelisch günstig beeinflußt ist, da der Druck der Ungewißheit in der Untersuchungshaft nun beendet ist. Auch dabei glaube ich wieder an den umgekehrten Zusammenhang, eben weil der seelische Druck der Untersuchungshaft wegfällt, hebt sich das körperliche Befinden. Mit fortdauernder Strafzeit werden Haftpsychosen immer seltener, erst Gefangene mit sehr langer Strafzeit werden später neuerdings mehr gefährdet. Das sind zumeist solche Gefangene, die längst eingewöhnt waren. Erst neue seelische Erlebnisse lassen sie erkranken. Nicht selten sind das vergebliche Versuche, durch Wiederaufnahmeverfahren die Freiheit zu gewinnen, nicht selten wirkt auch die wiederholte Abweisung von Gnadengesuchen in dieser Richtung. Der Begnadigungswahn Lebenslanger ist ja bekannt, ebenso, daß bei ihm senile oder präsenile Züge oft eine Rolle spielen. Der Einfluß krankhafter Veranlagungen ist hier besonders deutlich. Zu behaupten, daß die Widerstandskraft solcher Gefangener gegen das Haftmilieu solange ausreicht, um dann doch zu versagen, ist abwegig.

Wenn ich die Beobachtungen an lebenslangen Gefangenen zusammenfasse, dann ist zu sagen: zu Anfang ihrer Strafzeit fühlen sie sich körperlich und seelisch meist recht wohl. Sie sind dem Schaffot entronnen, man kann es ihnen nachfühlen, daß sie sich trotz der Einsperrung »befreit« fühlen. Nach Ablauf einiger Jahre wendet sich aber das Blatt. Ihr Los scheint ihnen nun trostlos, sie kämpfen dagegen an. Ein Wiederaufnahmeantrag hetzt den anderen. Die Gefährdungszone für haftpsychotisch-querulatorische Erkrankungen ist erreicht. Die Masse übersteht auch diese Gefährdung, einige von ihnen geraten schließlich noch in den Begnadigungswahn hinein.

Gefangene mit kürzerer Strafzeit aber sind gerade zu Anfang besonders gefährdet. Sie müssen vielfach eine Enttäuschung überwinden, die ihnen das Urteil gebracht hat, sie haben entweder einen Freispruch oder ein milderes Urteil erwartet. Später,

wenn diese erste Gefährdungszeit überstanden ist, kann man auch bei ihnen die Phase der Querulationen und der enttäuschten Hoffnungen auf Gnade sehen.

Alle diese Verhältnisse sind so durchsichtig seelisch bedingt, daß es nicht angeht, das spezielle Haftmilieu für eine Erkrankung verantwortlich zu machen, am wenigsten aber Kostfragen.

Nicht anders steht es mit der Bewegung und Arbeit. Es ist den meisten Anstalten möglich, den Gefangenen gerade durch die Arbeit ausreichende Bewegung zu verschaffen. Schlimm ist es nur, wenn, wie gerade jetzt, der Arbeitsmangel auch die Anstalten in Mitleidenschaft zieht.

Auf die Wirkungen anderer Einflüsse der Haft will ich hier nicht näher eingehen. Sie sind als auslösende Ursachen nicht zu bestreiten. Hierher gehört vor allem die Einzelhaft. Die in diesem Zusammenhang oft erwähnten Zwangsmaßnahmen der Strafanstalten dürfen nicht überschätzt werden. Hausstrafen treffen recht wenige Gefangene. Die aber, die ihnen verfallen, sind zumeist wieder dieselben, die auch sonst unausgeglichen, zerrissen, Psychopathen, haftpsychotisch gefährdet sind.

Im Gegensatz zu anderen sehe ich somit in der Veranlagung der einzelnen Kriminellen die wichtigste Ursache zur haftpsychotischen Erkrankung. Damit widerspreche ich den »praktischen Ergebnissen« *Birnbaums*[1]), der in den Haftpsychosen »entsprechend dem bestimmenden Einfluß der äußeren Haftfaktoren« »vermeidbare Haftartefakte« erblickt. Er könnte recht haben, wenn die Haft vermeidbar wäre, und nur dann. Es wäre nicht mit dem Strafzweck zu vereinbaren so sehr zu individualisieren, daß man jede Psychose vermeiden kann — bei vielen gelänge es vielleicht, was wir aber nicht bestimmt wissen können. Selbst wenn man den Strafzweck außer acht lassen würde, wenn man den »goldenen Käfig« schaffen würde, er bliebe, was er ist, ein Käfig und mit ihm der ausschlaggebende Freiheitsentzug.

Der Vergleich mit den Kriegsgefangenenlagern ist gewiß nicht vollkommen. Schlechte Arbeit, schlechtes Essen, Strenge und Freiheitsentzug fehlten aber nicht. Daß Gemeinschaftshaft nicht vor der Haftpsychose schützt, wissen wir. Trotzdem waren dort psychogene Störungen eine Seltenheit. Und dafür war doch wohl das ganz andere Menschenmaterial ausschlaggebend, das dort gefangen saß. Was neben dem Freiheitsentzug aber die seelischen Vorbedingungen für die Haftpsychose schafft, das Urteil, die Schande und vielleicht auch die Selbstvorwürfe, das können wir ebensowenig aus der Welt schaffen, wie wir es vermögen —

---

[1]) *Birnbaum,* Kriminalpsychopathologie u. psychobiologische Verbrecherkunde, 2. Auflage, S. 254.

noch möchten — den Käfig zu vergolden. Auf diese Weise dem anlagegemäßig ungünstigsten und zugleich der Strafe am meisten widerstrebenden Teil der Strafgefangenen die Strafe zu erleichtern, wäre falsche Kriminalpolitik. Im Strafvollzug wäre man dann jedem Gefangenen ausgeliefert, der seine Wünsche mit der Selbstmorddrohung oder der Ankündigung »seines« Ausnahmezustandes (das ist nicht selten) durchsetzen will. Wenn man auch öfter den Eindruck hat, daß man eine psychogene Reaktion dadurch vermeiden kann, daß man gewisse Hafterleichterungen (Teilnahme am gemeinsamen Hof ohne Sprechverbot, Arbeit im Gemeinschaftssaal statt in der Zelle) gewährt, nicht weniger oft ist es wirksam, wenn der Gefangene sieht, daß seinen Bestrebungen ein fester Wille entgegensteht. So ist auch das Weggleiten des bewußt Erleichterungen suchenden Gefangenen in das Psychotische oft zu verhindern, ohne daß dazu Zwangsmaßnahmen nötig sind.

Das Beispiel *Schröders*, der nun hier in Straubing befindliche Gefangene D., ein körperlich gesunder Mann, zeigt beweisend die Zusammenwirkung von Anlage und seelischer Erschütterung für die Entstehung dieser Haftpsychose. Es ist auch bei der Ermittlung der Ursachen der Haftpsychosen an der Zeit, neben der Veranlagung die Verantwortlichkeit des einzelnen für seine Erkrankung schärfer herauszuarbeiten und aufzuräumen mit den Anschauungen, welche die Verantwortung von der Person und ihrer Anlage auf die böse Umwelt abgeschoben haben.

Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu?

Ein Beitrag zu dieser Frage

von Dr. **Gallus,** Potsdam.

Wenn hier versucht wird, diese Frage zu behandeln, so soll es auf Grund der Preußischen Anstaltsstatistik von 1910—1930 sowie der der Provinz Brandenburg geschehen. Für einen längeren, darüber hinausreichenden Zeitraum schien mir die Gleichmäßigkeit der Unterlagen nicht gegeben und nur gelegentlich wird darüber hinaus gegriffen werden können. Mit diesem Material könnte freilich höchstens nur eine relative Zunahme erwiesen werden, da die in den eigenen Familien lebenden Kranken nicht berücksichtigt werden können. Die Reichsgebrechlichenzählung von 1925 ist leider mißglückt; eine Feststellung, die wirklich und zuverlässig sämtliche Geisteskranken Deutschlands erfassen soll, würde einstweilen, solange nicht ein entsprechender Apparat des Gesundheitsdienstes aufgebaut ist, weiter scheitern. In kleinerem Rahmen sind freilich Untersuchungen derart unternommen worden, die schon beachtliche Ergebnisse erzielt haben und auf Grund deren das Verhältnis der asylierten und der nicht asylierten geistig Gebrechlichen (Geisteskranke und Schwachsinnige aller Grade) von *Strecker* kürzlich auf 1:5 geschätzt wird. Man kann aber doch wohl nicht, wie es gelegentlich geschehen ist, behaupten, daß eine Statistik um so wertloser ist, je größere Zahlen sie umfaßt. Die großen Zahlen und ihre Schwankungen bergen höchst komplizierte Probleme in enger Verflechtung und sind gewiß schwer deutbar; kleine Statistiken aber unterliegen der Gefahr, durch örtliche Umstände einseitig beeinflußt zu werden. Und es sind doch recht bedeutende Zahlen von Geistig-Gebrechlichen, die hier statistisch erfaßt sind: Am 1. 1. 1910 befand sich in den preußischen Anstalten ein Bestand von 88150, 1930 ein solcher von 104077; die Zugänge im Jahre betrugen 1910 55125 und für 1929 92145.

Während in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege die Kurve der Geisteskranken in den Anstalten gleichmäßig, entsprechend dem Wachstum der Bevölkerung, anstieg, fielen die Bestandszahlen während des Krieges infolge Übersterblichkeit rapide.

Von dem erreichten Tiefpunkt ist aber zunächst langsamer, dann schneller der Bestand gestiegen, bis die absoluten Zahlen trotz verminderter Gesamtbevölkerung über dem Niveau der Vorkriegszeit lagen. Erst im Jahre 1932 hat die seit 1924 unaufhaltsame und bedrohlich steigende Bestandsziffer einen leichten Rückgang gezeigt. Wie aus den verdienstvollen Übersichten des Verbandes der Preußischen Provinzen zu ersehen ist, verminderte sich aber seit 1924 von Jahr zu Jahr wenigstens der Bestandszuwachs von 10,4% für 1924/25 auf 1,8% für 1930/31, um dann für 1931/32 eine Abnahme von 0,5% aufzuweisen.

Überragen nun zweifellos die absoluten Bestandszahlen auch jetzt noch die der Vorkriegszeit, so wird die relative Zunahme der Anstaltsinsassen durch Berechnung auf je 10000 Einwohner für die folgenden Stichjahre deutlich; für die ersten drei wurden Jahre, in denen Volkszählungen stattfanden, ausgewählt. Es befanden sich bei einer

	Preußischen Gesamtbevölkerung	an Geisteskranken in Preuß. Anstalten,	in Brandbg. Anstalten
1910	von 40,165 Millionen	21,95	19,91
1919	„ 36,745 „	17,79	13,90
1925	„ 38,846 „	19,73	19,45
1929	„ 39,290 „	25,36	22,72
1930	„ 39,653 „	26,24	23,66

Auch die Jahresaufnahmeziffern waren entsprechend, aber keineswegs parallel laufend gestiegen. Wiederum auf 10000 Einwohner bezogen ergaben sich:

Jahr	in Preußen	in Brandenburg
1910	13,71	6,39
1919	11,64	6,89
1925	17,87	7,95
1929	23,45	8,69
1930	—	8,58

Während die Bestandszahlen von Preußen und Brandenburg nicht wesentlich differieren, sind die brandenburgischen Aufnahmeziffern erheblich geringer, auch im ganzen stabiler. Ich vermute, daß dieser doch sehr auffallende Unterschied dadurch zu erklären ist, daß die Provinz Brandenburg keine Großstädte enthält. *Hoffmann* hat kürzlich in einem Vortrag auf die außerordentliche Vermehrung von Geisteskrankenaufnahmen aus den Großstädten hingewiesen. Dazu trägt die Leichtigkeit der Anstaltszuführung auch von leichteren oder rasch vorübergehenden Krankheitsfällen infolge der besseren Verkehrsverhältnisse der Großstadt bei; aber auch die Wohndichtigkeit, die Industrialisierung, die andersartige

Zusammensetzung der Bevölkerung, Alkohol und Syphilis, die einmal dort eine größere Rolle spielen, als auf dem flachen Lande, wo wiederum Geldnot unter Umständen zur Zurückhaltung der Geisteskranken führen kann.

Die Zunahme der preußischen Zugänge beträgt in 19 Jahren 71%. England hatte von 1859 bis 1909, also erst im Laufe von 50 Jahren, eine solche von rund 100%. An sich war eine Vermehrung der Bestände über den Tiefpunkt von 1921 hinaus notwendig und verständlich, da nach der Übersterblichkeit in der Kriegsnotzeit neue Generationen aus endogenen Ursachen Erkrankter heranwachsen mußten. Aber warum ist die Steigerung weit über den Vorkriegsstand erfolgt? Handelt es sich um mehr und mehr hervortretende Entartungserscheinungen oder sind andere Gründe dafür zu ermitteln?

Die neuerliche starke Verschiebung in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung infolge des Geburtenrückgangs und der Verlängerung der Lebensdauer konnte nicht ohne Rückwirkung auf die Zahl der Geisteskranken bleiben. Die jüngsten Jahrgänge von 0—25 Jahren treten jetzt in gegen früher vermehrter Häufigkeit in Erscheinung. Für Niederschlesien hat dies Dr. *Eitner* wie für Hannover festgestellt. Auf 10000 Einwohner Hannovers entfielen von der Altersgruppe 0—15 Jahren z. B. im Jahre 1911 4,18, im Jahre 1928 6,81. Zum Teil dürfte die Zunahme mit der durch die Fürsorgeerziehung bedingten frühzeitigen Auslese der Minderwertigen zusammenhängen. In der Landesanstalt Potsdam, die bis auf verschwindende Ausnahmen die geistig abnormen Fürsorgezöglinge der Provinz Brandenburg, teils innerhalb der Anstalt, teils in ihrer Familienpflege enthält, befanden sich an solchen am Ende des Jahres 1901 = 1, 1922 aber die überhaupt erreichte Höchstzahl von 830 und im Jahre 1932 = 306. Der Unterschied der Zahlen von 1922 und 32 besagt natürlich nicht, daß eine Besserung der geistigen Gesundheit eingetreten ist; vielmehr ist er durch Maßnahmen des Gesetzgebers und der Verwaltung zu erklären, die eine anderweitige Verteilung, strengere Auswahl der Zöglinge und Verringerung ihrer Gesamtzahl zur Folge hatten. Es kann auch nicht behauptet werden, daß gegen 1901 ein wesentlicher Niedergang eingetreten ist, da die Zöglinge in diesem Jahre ganz anders auf viele kleinere Erziehungsheime verteilt untergebracht waren und daher über ihre geistige Beschaffenheit nichts bestimmtes ausgesagt werden kann. Als sicher kann hier nur angegeben werden, daß im Vergleich zu früher immer mehr Zöglinge in psychiatrischen Anstalten untergebracht als Geisteskranke erfaßt und gezählt wurden. Aber auch die älteren Jahrgänge, insbesondere die über 50 Jahren, sind jetzt in den Anstaltsbeständen absolut stärker, relativ allerdings weniger er-

heblich vertreten. Eigentlich müßten sie, wie Dr. *Eitner* an dem Beispiel der Provinz Hannover gezeigt hat, noch stärker vertreten sein, als sie es in Wirklichkeit sind, weil der Tod während der Kriegs- und Inflationszeit auch in ihre Reihen stärkere Lücken gerissen hat.

Naturgemäß würde auch eine Zunahme der Behandlungsdauer allmählich eine Vermehrung des Bestandes herbeiführen. Bei der starken Betonung der Frühentlassungen und der Außen- und Familienpflege sollte man wohl annehmen, daß dieses Moment gar nicht in Frage kommen könne. Großstädtische Anstalten mit großen Aufnahmeziffern können von der Verkürzung der Behandlungsdauer des Einzelfalls berichten; in anderen, die mehr den Charakter der Pflegeanstalt haben, wird das nicht der Fall sein. Bei unheilbaren Fällen hängt die Behandlungsdauer auch von der Lebensdauer des Kranken ab, und letztere wird unter Umständen einen verlängerten Anstaltsaufenthalt bedeuten. Die durchschnittliche Lebensdauer hat sich im Laufe der letzten 50 Jahre ganz erheblich verbessert; in den Anstalten ist eine Verfeinerung der Pflege und eine Erhöhung ihres Niveaus entsprechend den gesteigerten Ansprüchen eingetreten, und sie haben sicherlich mit den hygienischen Fortschritten, denen die freie Bevölkerung die Verlängerung der Lebensdauer verdankt, Schritt gehalten. In den preußischen Irrenanstalten entsprach 1907 bei einem Bestande von 79478 Kranken ein Zugang von 48117, das macht 60,5%; im Jahre 1929 aber einem Bestand von 99654 ein Zugang von 92145, das macht 91,5%. Seit 1898 stehen die Zahlen aus den. brandenburgischen Anstalten zur Verfügung. Wenn man Jahrfünfte, um Zufälligkeiten zu vermeiden, miteinander vergleicht, das von 1898—02 und das von 26—30, so machten im ersten die Entlassungen vom Bestand 21,4% für das Jahr aus, im letzteren 32,3%. Während des Krieges war naturgemäß die Zahl noch weit höher, war aber durchaus abnorm. Die Sterblichkeitsziffern der beiden eben verglichenen Jahrfünfte betrugen 7,2 und 7,8% im Jahresdurchschnitt, sind also auch etwas gestiegen. Es geht hieraus hervor, daß tatsächlich der Zu- und Abfluß in den Anstalten allmählich ein lebhafterer geworden ist.

Nicht zu bezweifeln ist, daß auch soziologische Momente auf die Vermehrung der Anstaltsbestände einen wichtigen Einfluß ausgeübt haben. Die rapide Zunahme im Laufe der letzten Jahre spricht schon an sich dagegen, daß die biologischen Faktoren allein ausschlaggebend waren; denn sie können sich ja nur ganz allmählich und erst in längeren Zeiträumen bemerkbar machen. Unter den sozialen Ursachen muß die herrschende Not in ihren verschiedenen Erscheinungen in erster Linie angeführt werden: Die Wohnungsschwierigkeiten, die Arbeitslosigkeit, die

Vermögensverluste, die Lockerung des Familiengefüges; weiter die Industrialisierung und die Zuwanderung aus den abgetretenen Provinzen. Damit war sicherlich eine Änderung der Verwaltungspraxis verbunden, die die Aufnahme in die Anstalten erleichterte; es stiegen auch die Ansprüche an Umfang und Art der öffentlichen Fürsorge und letztere selbst wurde verbessert. Demgegenüber kann wenigstens das sich ausdehnende Prinzip der offenen Fürsorge als ein Faktor angeführt werden, der einem stärkeren Anstieg der Anstaltsbestände entgegen arbeitet.

Es war weiter festzustellen, ob etwa einzelne Krankheitsformen im Laufe der Zeit stärker hervorgetreten sind. Seit Jahrzehnten beherrschte das sehr primitive wiederholt abgeänderte alte Schema, beginnend mit der »einfachen Seelenstörung« die psychiatrische Statistik und erst seit 1930 ist es durch das *Wilmanns*sche abgelöst worden. Letzteres wird einmal einen besseren Einblick in die Struktur etwaiger Verschiebungen zwischen den verschiedenen Krankheitsgruppen ermöglichen. Die oben angegebenen Ziffern der Bestände und Jahresaufnahmeziffern auf 10000 Einwohner verteilt, ergeben die folgenden Zahlen für die einzelnen Krankheiten:

	1 Einfache Seelenstörung	2 Paralytische Seelenstörung	3 Imbecillität, Idiotie, Kretinismus	4 Epilepsie mit Seelenstörung	5 Hysterie	6 Neurasthenie	7 Chorea	8 Tabes	9 Andere Krankheiten des Nervensystems	10 Alkoholismus	11 Morphinismus u. andere narkotische Vergiftungen	12 Andere Krankheiten	Zusammen auf 10000
							Zugänge.						
1910	5,85	1,0	1,21	1,21	0,67	0,92	0,04	0,08	0,79	1,18	0,08	0,66	13,71
1919	4,60	0,86	1,06	0,92	0,92	0,93	0,03	0,06	1,03	0,34	0,12	0,49	11,54
1925	6,68	0,97	1,83	1,36	1,25	1,36	0,04	0,12	1,95	1,36	0,23	0,73	17,87
1929	7,74	1,29	1,99	1,59	1,61	1,85	0,07	0,28	3,51	2,04	0,26	1,02	23,45
							Bestände.						
1910	12,05	0,79	4,90	3,04	0,20	0,09	0,02	0,02	0,13	0,63	0,007	0,07	21,95
1919	9,06	0,44	4,90	2,38	0,14	0,07	0,02	0,02	0,16	0,19	0,02	0,05	17,79
1925	9,27	0,66	5,70	2,56	0,25	0,14	0,02	0,02	0,29	0,37	0,04	0,1	19,73
1930	12,41	1,04	7,66	3,24	0,29	0,18	0,03	0,05	0,63	0,5	0,05	0,13	26,24

Stellt man die Anfangs- und Endzahlen (letzte Rubrik) gegenüber, so ergibt das gegenüber dem Aufnahmestand von 1910 eine Vermehrung der Zugänge um 71%; die Bestände aber haben sich von 1910 auf 1930 nur um 19,5% im Durchschnitt vermehrt. Auch diese Gegenüberstellung zeigt, daß offenbar der durchschnittliche Anstaltsaufenthalt kürzer geworden ist. — Die Bevölkerungszahlen nahmen von 1910 auf 1929 infolge der in-

zwischen erfolgten Gebietsabtretungen um etwas mehr als 2% ab! Das erweist, wieviel stärker die Anstalten neuerlich in Anspruch genommen wurden als früher. — Die 12 Gruppen des alten Schemas sind nun von sehr verschiedenem Gewicht. Die ersten vier Gruppen machten 1929 von den Zugängen 53,7%, von den Beständen des Jahres 1930 aber 92,8% aus. Diese vier Gruppen sind also diejenigen, die den weit überwiegenden Anteil der Anstaltslasten verursachen. Auch das Verhältnis von Aufnahme- und Bestandsziffern läßt erkennen, daß gerade diese Gruppen einen besonders langen Anstaltsaufenthalt benötigen.

Die einfache Seelenstörung bleibt mit 32,3% Zunahme gegenüber 1910 beträchtlich hinter dem Durchschnitt der Zugänge zurück, noch mehr aber mit einer nur 2,9%igen Zunahme der Bestände. 1910 machte diese Gruppe noch 42,7% aller Zugänge aus, 1929 nur 33%; vom Gesamtbestand 1910 54,9%, 1930 nur noch 47,3%. Es ist bekannt, und es zeigt auch das starke Absinken des Bestandes von 1910 auf 1919, daß die hier rubrizierten Kranken in der Kriegs- und Nachkriegszeit ganz besonders stark gelitten haben. Erst allmählich werden sie wieder aufgefüllt; allerdings konnten seit dem Ende der Inflation erst wieder sechs Jahrgänge heranwachsen. Aber es bleibt auffällig, daß der Anteil dieser Gruppe an den Gesamtaufnahmen seit dem Höhepunkt 1916 ganz regelmäßig und gleichmäßig kleiner geworden, um dann 1929 den tiefsten Punkt zu erreichen. Gerade in dieser Gruppe, wo trotz aller diagnostischen Meinungsverschiedenheiten und Unsicherheiten die überwiegende Mehrzahl der Schizophrenien und der zirkulären Psychosen zu finden sein muß, wäre doch seit dem großen Sterben mindestens ein langsames Anwachsen wieder zu erwarten gewesen, wenn sich wirklich die erbliche Durchseuchung mit diesen Krankheiten so deletär auswirkte, wie vielfach angenommen wird. *Ostermann* vertrat noch kürzlich den Standpunkt, daß die Schizophrenie durch eine relativ zahlreiche Nachkommenschaft einen verhängnisvollen Einfluß auf die Zusammensetzung der Bevölkerung ausübte, und daß es ein Irrtum sei, anzunehmen, daß die Geisteskranken sich durch Anstaltsbewahrung und Ehelosigkeit ausmerzten. Demgegenüber hat *Dahlberg*, wenigstens für Schweden, nachgewiesen, daß die Fruchtbarkeit der Geisteskranken weit unter der Norm liege, und *H. Meyer* hat eine sehr erhöhte Sterblichkeit gerade der hierher gehörigen Kranken wahrscheinlich gemacht. Wenn nun die Zahlen dieser Gruppe mindestens nicht im Verhältnis der Gesamtheit zugenommen haben, so kann auf das neuerlich stark betonte Prinzip der Frühentlassungen hingewiesen werden. Mit aller Vorsicht kann man nur sagen, daß einstweilen die theoretisch zu erwartende Zunahme der hierher zählenden Geisteskranken, insbesondere der Schizophrenen, sich nicht erkennen läßt.

Was nun die Gruppe der Paralytiker angeht, so haben auch sie eine starke Abnahme und offenbar starke Übersterblichkeit während des Krieges erfahren; an Bestand und Zugängen aber stehen sie jetzt erheblich über den Zahlen der Vorkriegszeit (Zunahme der Zugänge von 1910 auf 1929 um 29,6%, die der Bestände um 31,6%), obwohl Paralytiker jetzt zum Teil mehr oder minder lange Zeit in allgemeine Krankenhäuser gelangen, dort Malariakuren durchmachen und so lange für die Irrenanstalten ausfallen. Die Fieberbehandlung hat sicherlich dazu beigetragen, »Hülsen-Existenzen« zu konservieren. *Kirschbaum* schätzt die Zahl der unvollkommen Gebesserten, die anstaltspflegebedürftig bleiben, immerhin auf 10—20%; *Bratz* stellte von 2000 seit 1929 in Dalldorf behandelten Paralytikern 1932 noch 212, das sind 15%, in dieser oder einer fremden Anstalt fest. In den Brandenburgischen Landesanstalten befanden sich, wie ich ermittelte, am 1. 4. 1932 unter insgesamt 11287 Geisteskranken an Paralytikern:

Im 1. Jahr des	Anstaltsaufenthaltes	67	davon	85%	einer	Fieberkur	unterzogen
„ 2. „ „	„	75	„	77%	„	„	„
„ 3. „ „	„	79	„	83%	„	„	„
„ 4. „ „	„	65	„	83%	„	„	„
länger als 4 Jahre	„	256	„	72%	„	„	„

Es sammelt sich also im Laufe der Zeit eine nicht unbeträchtliche Zahl von Paralytikern in den Anstalten an, ohne daß man immer die Ursache in einer fehlgeschlagenen Fieberbehandlung erblicken darf. Es muß aber gemutmaßt werden, daß dies zum Teil der Fall ist und daß eine Tendenz zur Vermehrung dieser im ganzen doch leicht und sicher abgrenzbaren Gruppe besteht.

Was nun die 3. Gruppe, die des angeborenen Schwachsinns, angeht, so ist zunächst festzustellen, daß sie sich trotz der Unterernährung während des Krieges im Bestand unverändert stark gehalten hat; von 1910 auf 1929 sind die Zugänge aber um 64,5%, die Bestände um 56,3% gestiegen. Die Zunahme dieser Fälle ist praktisch, wenn sich auch schwächere Gruppen prozentual stärker vermehrt haben, tatsächlich das wichtigste Moment dieser Durchprüfung. Es handelt sich hier auch wahrscheinlich nicht um eine allein aus sozialen Gründen verursachte Erhöhung der Anstaltspflegebedürftigkeit, und damit um eine scheinbare Vermehrung ihrer Zahl, sondern um eine tatsächliche echte Zunahme dieser Minderwertigen. Aus zahlreichen Untersuchungen hat sich ja mit absoluter Sicherheit ergeben, daß die Fruchtbarkeit der Ehen, aus denen die Schwachsinnigen stammen, im Durchschnitt die anderer Ehen bedeutend überragt. Ein guter Teil von ihnen kommt als Schwachsinniger oder Fürsorgezögling jung in die Anstalten, ist von großer Lebenszähigkeit, wie auch

H. Meyer unter den von ihm untersuchten vererbbaren Krankheitsgruppen allein bei ihnen keine Übersterblichkeit fand, und belastet damit die Anstaltsbestände sehr stark.

Die Zugänge der Epileptiker nahmen um 41,4, die Bestände um 6,6% zu, bleiben mithin wesentlich hinter dem Durchschnitt zurück. Während des Krieges scheinen auch sie beträchtlich gelitten zu haben. Man kann nicht sagen, daß ihre Zunahme einen bedrohlichen Charakter trägt. Bei der starken Vererblichkeit dieses Leidens hätte man wohl eine stärkere Vermehrung erwarten dürfen. Aber ihrer Anhäufung in den Beständen wirkt sicherlich der geringe Erfolg kostspieliger Anstaltsbehandlung entgegen.

Die nächsten beiden Gruppen, die der Hysterie und der Neurasthenie, können zusammengefaßt werden, da die Zuteilung gewiß oft willkürlich ist; man braucht nur an die Psychopathen zu denken, die in diesen beiden Gruppen größtenteils stecken dürften. Zusammen machten sie unter den Zugängen im Jahre 1910 = 11,7%, 1929 aber 25,2% aus; in den Beständen stiegen sie von 1,3% auf 1,8%; Zunahmen, die doch nicht unwesentlich sind. Der Ausbau des Versicherungs- und Fürsorgewesens hat einschlägige, auch leichtere und noch im Beginn stehende Fälle in die Anstalten geführt. Auch der Krieg hat bei der Zunahme dieser Fälle einen gewissen Einfluß ausgeübt. Im Jahre 1919 ist hier kein Absinken der Zugänge oder Bestände, wie fast überall sonst, festzustellen. Im ganzen ergibt sich: eine anhaltende und gleichmäßige Zunahme; zugleich offenbar verhältnismäßig häufige Anstaltsaufnahmen, aber nur kurzer Aufenthalt darin.

Die beiden Gruppen Chorea und Tabes, denen bei der Aufstellung des Schemas ein Eigenleben beschert wurde, sind so unbedeutend, daß sich weitere Ausführungen darüber erübrigen, obwohl auch sie jetzt stärker als früher vertreten sind.

Auffällig stark hingegen haben die »andern Krankheiten des Nervensystems« zugenommen; in den Zugängen um 344,3%, in den Beständen um 384,5%. Die Verfeinerung des diagnostischen Könnens hat neue Abgrenzungen ermöglicht. Ich stellte im Jahre 1931 in den Brandenburgischen Landesanstalten 83 Fälle von Postenzephalitis bei einer Gesamtbevölkerung von knapp $2^1/_2$ Millionen fest, während *Mohr* für Niederschlesien 154 bei 3 Millionen Einwohnern ermittelte. Das würde über 0,4% auf 10000 der Bevölkerung ausmachen. Sie würden also beinahe allein, wenn das auch für alle andern Gebiete zuträfe, die erhebliche Vermehrung der Bestände dieser Gruppe erklären.

Für die Alkoholisten ist für 1919 eine sehr starke Abnahme der Zugänge, die sich schon während des Krieges zeigte, nachgewiesen; 1929 ist die Zahl der Zugänge aber schon wieder fast doppelt so hoch wie 1910 und ist um 79,2% gestiegen. Die Be-

stände aber haben in der gleichen Zeit um 4,5% abgenommen; es ist die einzige Kategorie, wo eine Abnahme festzustellen ist! *Bonhoeffer* hat aus der Statistik der Charitéaufnahmen nachgewiesen, daß die beobachteten Formen des Alkoholismus in der Nachkriegszeit mildere bzw. andere geworden sind. Die Diskrepanz der Zugänge und der Bestände zeigt zweifellos, daß im allgemeinen der Aufenthalt des einzelnen Falles in der Anstalt kürzer geworden sein muß.

Trotz der absolut sehr kleinen Zahl der Fälle von Morphinismus und anderen narkotischen Vergiftungen ist es doch sehr bemerkenswert, daß ihre Zugänge in gleichmäßiger Steigerung um 200%, die Bestände um 114% zugenommen haben. Die Kurven in *Bonhoeffers* Arbeit machen es wahrscheinlich, daß der Rauschmittelmißbrauch im Rückgang sei; die eben gegebenen Zahlen sprechen einstweilen nicht dafür.

Zusammenfassend kann man etwa folgendes feststellen: Die Inanspruchnahme der Anstalten ist stärker gewachsen als die Bevölkerung. Die Zunahme der Bestände ist sicher zu einem guten Teil durch soziale Momente bedingt. In auffälliger Weise haben sich die Jugendlichen und die alten Insassen der Anstalten vermehrt. Von nicht vererbbaren Krankheiten haben die Paralyse und die Postenzephalitis, von vererbbaren der Schwachsinn, besonders stark der letztere, zur Füllung der Anstalten beigetragen. Für die übrigen Erbkrankheiten konnte, wenigstens an diesem immerhin nur beschränkten und zeitlich leider eng begrenzten Material, eine wirkliche Zunahme nicht festgestellt werden.

Bemerkungen zum Schizophrenieproblem.

Von

Med.-Rat Dr. W. Skalweit, Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie
an der Universität Rostock.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses hat der bisher mit praktischen Erfolgen und positiven Aufgaben so spärlich bedachten klinischen Psychiatrie ein neues Ziel gewiesen, und jeder Psychiater wird in der Mitarbeit an der Erneuerung unseres Volkes eine langersehnte Sinnerfüllung seiner Tätigkeit dankbar begrüßen. Freilich enthebt aber das Gesetz die psychiatrische Wissenschaft nicht etwa der Notwendigkeit weiterer klinisch-nosologischer Forschung — auch nicht auf dem Gebiet der endogenen Psychosen. Es wäre ein Irrtum zu glauben, daß die Bekämpfung der unnatürlichen kontraselektorischen Auswirkungen des modernen Kulturlebens durch die Unfruchtbarmachung der Erbkranken nunmehr alles andere überflüssig mache, weil sie allein die Erbpsychosen auszumerzen imstande ist. Dies Endziel liegt noch in weiter Ferne und dürfte in absehbarer Zeit ebensowenig auch nur annähernd erreicht werden wie die Ausrottung der Syphilis (und damit auch sekundär der Paralyse) durch die die Ansteckungsfähigkeit beseitigende spezifische Therapie!

Auch die Erbforschung muß sich auf eine zuverlässige klinische Diagnostik stützen können, und in erhöhtem Maße noch gilt das bei ihrer praktischen Nutzanwendung in der Erb- und Rassenpflege. Besonders schwierig liegen die Verhältnisse bei denjenigen Psychosen, bei denen die Bedeutung des Erbfaktors zwar empirisch erwiesen ist, deren spezieller Erbgang aber noch im Dunkeln liegt — nicht zum wenigsten vielleicht deshalb, weil die hierbei zugrunde gelegten klinischen Krankheitseinheiten in Wirklichkeit gar keine Einheiten sind. Andererseits aber müssen auch erbbiologische Einheiten durchaus noch nicht ohne weiteres klinischen bzw. psychopathologischen Einheiten entsprechen.

Alle diese Erwägungen treffen nun in ganz besonderem Maße für die Schizophrenie zu. Die Schwierigkeiten liegen

dabei nicht allein auf rein klinischem Gebiet, sondern werden noch dadurch vermehrt, daß sich in der rein begrifflich theoretischen Umreißung und Auffassung der Psychose »Schizophrenie« z. T. die heterogensten Lehrmeinungen gegenüberstehen.

Während *Kraepelin* in erster Linie die Bedeutung des Verlaufes als Kriterium zur Abgrenzung der beiden großen Formenkreise des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox hervorgehoben hat, hat nach ihm *Bleuler* vor allem die feinere patho-psychologische Struktur der von *Kraepelin* aufgestellten Krankheitseinheit erforscht und beschrieben. Während ersterer also vor allem den Längsschnitt betrachtete, hat *Bleuler* die Analyse des Krankheitszustandes in den Vordergrund gestellt und auf Grund der seiner Meinung nach ein wesentliches Charakteristikum ausmachenden, abnormen seelischen Spaltung den Namen »Schizophrenie« geprägt, der seitdem Eingang in die Psychiatrie gefunden und die *Kraepelin*sche Konzeption zeitweise in den Hintergrund gedrängt hat.

Es liegt in der Natur der Verschiedenheit der von beiden Forschern beschrittenen klinischen und Erkenntniswege, daß die Begriffe Schizophrenie und Dementia praecox zwar vieles gemeinsame haben und eigentlich ja auch ein und dasselbe meinen, daß aber andererseits die *Bleuler*sche Fassung die bedeutend weitere ist und daß es letzten Endes nicht zum geringsten auf *Bleuler* zurückgeht, wenn der Schizophreniebegriff inzwischen ins Uferlose geraten ist. Die vorwiegend psychologische Durchdringung des Krankheitsbegriffes hat dazu geführt, daß man — wenn man will! — die schizophrenen Merkmale in abgeschwächter Form bis weit ins Normale hinein verfolgen kann. Sie kommt damit der psychiatrischen Konstitutions- und Typenforschung der Tübinger und Marburger Schule entgegen, die alsbald eine mehr oder weniger kontinuierliche Reihe vom Schizophrenen-Prozeß über das »Schizoid«, den schizoiden Psychopathen bis zum schizothymen Normalen konstruierte. Als markante Etappe auf diesem Wege nenne ich nur *Kretschmer*s Buch über Körperbau und Charakter, wobei ich auf das der konstitutionstypologischen Forschungsrichtung an sich schon entgegenkommende Wesen des manisch-depressiven Irreseins bzw. der »Cyclothymie« als vorwiegender Anomalie des Temperamentes nicht weiter eingehe.

Von jeher hat es nicht an kritischen Stimmen gefehlt, die vor einer Überspannung der »reinen« psychopathologischen Betrachtungs- und Forschungsweise bei der Schizophrenie gewarnt haben. Und es ist in der Tat bis heute nicht geglückt, ein wirklich einwandfreies psychisches Grundsymptom im Sinne einer wirklich und allein nur für die Schizophrenie zutreffenden spe-

zifischen Grundstörung nachzuweisen. Seit dem letzten großen Referat in Wien und dem Erscheinen der Monographie von *Berze* und *Gruhle* über die Psychologie der Schizophrenie (1927) und der Aussprache über primäre und sekundäre Symptome in der Schizophrenie an Hand der Referate von *Bleuler* und *Mayer-Groß* in Bern (1929), die beide keine Endlösung erbracht haben, scheint hier, zum mindesten zunächst, eine gewisse Resignation Platz gegriffen zu haben.

In einer Hinsicht allerdings sind sich wohl mehr oder weniger alle Lehrmeinungen — abgesehen vielleicht von der zünftigen Psychoanalyse — einig, nämlich darin, daß der Schizophrenie ein organischer Krankheitsprozeß zugrunde liegt, der sich vielfach schon im akuten Stadium erkennen läßt, ganz besonders aber in der Destruktion, dem Zerfall der Persönlichkeit bis zur schizophrenen Demenz im Endstadium offen zutage tritt. Nur wissen wir bis heute noch nicht, worin dieser organische Prozeß besteht, welcher Art und welcher Ätiologie er ist, wie sein Substrat beschaffen ist usw. Wir können mit Bestimmtheit nicht einmal behaupten, ob das organische Krankheitsgeschehen sich primär im Gehirn abspielt, und es ist sehr wohl denkbar bzw. sogar wahrscheinlich, daß in dem Sammelbegriff »Schizophrenie« sehr verschiedenartige und vielleicht auch verschiedenartig lokalisierte Prozesse vereint sind. Hier hat ja gerade die moderne neuropathologische Forschung, insbesondere bereichert durch die Kriegserfahrung und die Vertiefung unserer Kenntnisse über die striären Erkrankungen und Krankheitsprozesse, unser Wissen um die organische Verursachung psychischer Störungen erweitert.

So ist es denn nicht verwunderlich, daß neben der rein psychopathologischen Erforschung der Schizophrenie andere Autoren (*Kleist*, *Rosenfeld* u. a.) sich der hirnpathologischen und biologischen Seite des Problems zugewandt haben. *Rosenfeld* hat vor allem auf das Vorkommen und die Bedeutung neurologischer und körperlicher Begleitsymptome (Nystagmus, flüchtige Augenmuskelparesen, Reflexanomalien, Chvosteksches Phänomen, vasomotorische und vegetative Störungen usw.) bei schweren akuten schizophrenen Zustandsbildern hingewiesen und auch Veränderungen der kalorischen und galvanischen vestibulären Erregbarkeit (z. B. bei Stuporfällen) beobachtet. Er hat schon vor Jahren die Vermutung geäußert, daß manche Fälle von Schizophrenie vielleicht als bestimmte Formen chronisch-entzündlicher Vorgänge (Enzephalitis?), bei denen psychische Störungen mit schizophrenieähnlichen Symptomen im Vordergrunde stehen, anzusehen seien. (Die in der Folgezeit publizierten zahlreichen Beobachtungen schizophrener oder paranoider Psychosen im Gefolge der Enzephalitis können als Bestätigung

dieser Auffassung angesehen werden). Bei anderen Fällen könnte es sich um gewisse enzephalitische Prozesse mit besonderer Lokalisation (subkortikale Vorderhirngebiete?) handeln; wie denn *Rosenfeld* überhaupt geneigt scheint, für schizophrene, insbesondere katatone Symptome eher eine Lokalisation in frontalen Gebieten (gegenüber der Beteiligung der extrapyramidal-striären, basalen subkortikalen Elemente bei der epidem. Enzephalitis) anzunehmen. *Rosenfeld* betont daher auch ausdrücklich die Verschiedenheit zwischen Dementia praecox i. e. S. und Enzephalitis epidem. (sowie anderen striären Erkrankungen) sowohl nach Art wie Lokalisation des Prozesses — im Gegensatz zu *Kleist*, der auf Grund gewisser äußerer Ähnlichkeiten zwischen katatonen und striären Symptomen eher an eine gleiche Lokalisation (im Subkortex oder Stamm) zu denken scheint. — Wenn wir hier ebenfalls von einer Lösung des Rätsels noch weit entfernt zu sein scheinen, so ist doch schon einzig und allein die Erwägung von grundsätzlicher Bedeutung zugunsten einer biologisch und morphologisch eingestellten Forschungsrichtung, daß überhaupt nur auf diesem Wege eine endgültige Aufklärung über das Wesen der klinischen Erkrankung in Zukunft erwartet werden kann.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß ein »Problem« Schizophrenie — wenigstens in dem bisherigem Sinne — überhaupt nicht mehr existieren würde, wenn nur einmal das morphologische bzw. biologische Substrat gefunden wäre, wie es ja auch ein Paralyseproblem in diesem rein ätiologischen und darum notgedrungen psychopathologischen Sinne nicht mehr gibt. Es ist daher durchaus zu fordern, alle hirnpathologischen Erfahrungen und alle neurologischen, biologischen, morphologischen und humoralen Untersuchungsmethoden heranzuziehen, wenn wir erhoffen wollen, mit fortschreitender Verfeinerung unserer sämtlichen Untersuchungsmethoden einmal bis zu dem Ursprung der Dementia praecox vorzudringen.

Fasse ich einmal kurz zusammen, welche Lehren für das Schizophrenieproblem aus den Erfahrungen der Neuropathologie zu ziehen sind, so ist einmal die Tatsache von grundsätzlicher Bedeutung, daß es eigentlich kein einziges im engeren Sinne psychisches Symptom gibt, das streng spezifisch auf eine einzige bestimmte lokalisierte Läsion im Zentralnervensystem zu beziehen wäre, und weiter: es gibt keine seelische Störung, die einzig und allein nur bei einem schizophrenen Prozeß vorkommt bzw. jedes »schizophrene« Symptom kann sowohl für sich wie mit anderen gekoppelt auch bei den verschiedensten anderweitigen organischen und objektiv faßbaren zerebralen Krankheitsprozessen im weitesten Sinne vorkommen.

D. h. also: die sogenannten schizophrenen Symptome (und auch Syndrome!) sind nichts Spezifisches, sondern sie kommen nur bei der Schizophrenie besonders häufig und meist auch gehäuft vor; sie sind also an sich als allgemeine bzw. unspezifische psychopathologische Reaktionsweisen anzusehen, die nur von der »Krankheitseinheit« Schizophrenie besonders bevorzugt werden und innerhalb der Gesamtheit aller psychischen Reaktionsweisen einer gewissen Gruppe zugehören, die etwa den höchst-differenziertesten Anteilen und Funktionen der Persönlichkeit am nächsten stehen — in einem gewissen Gegensatz etwa zu den groborganischen Reaktionsweisen der sog. exogenen Reaktionstypen (im Sinne *Bonhoeffer*s), die mehr elementare Funktionen der Persönlichkeit umfassen.

Es ist bekannt, daß derartige, mehr persönlichkeitsgebundene, »endogene« bzw. »schizophrene« oder »schizoide« Symptome auftreten können, besonders bei Nachlassen grober organischer Prozesse oder Schädigungen, wie z. B. Hirntraumen, Commotio, Korsakow, Infektions- und Intoxikationspsychosen, auch bei sog. postinfektiösen (bzw. posttraumatischen) Schwäche- und Erschöpfungszuständen. Man spricht dann — im Gegensatz zu den »exogenen« Reaktionen *Bonhoeffer*s — auch von »homologen« (*Kleist*) oder »fakultativen« (*Stertz*) Symptomen. Es erscheint danach nicht verwunderlich, wenn auch *Bumke* die schizophrenen Symptome nur als Reaktionen auffassen will. Besonders zu erwähnen sind auch die Bemühungen von *Krisch*, die exogenen Reaktionstypen *Bonhoeffer*s zu erweitern zu den »organischen Reaktionstypen« überhaupt unter Einschluß der schizophrenen Reaktionsweisen und mit Berücksichtigung der Intensität und Lokalisation des Prozesses und des durch ihn bedingten Funktionsabbaues — Prinzipien, die z. T. aus der neuropathologischen Betrachtungsweise übernommen worden sind.

Andererseits kann aber auch die hirnpathologische Auffassung der Schizophrenie nicht an der Tatsache vorbeigehen, daß Konstitution und Erblichkeit eine Rolle spielen. Gerade die erbbiologische Seite hat ja ursprünglich wesentlich mit zur Aufstellung des Begriffes der »endogenen« Psychosen beigetragen. Und es unterliegt wohl heute kaum noch einem Zweifel, daß mindestens bei dem größten Teil derjenigen Kranken, bei denen wir heute die Diagnose Schizophrenie stellen, die Erblichkeit das wesentlichste ätiologische Moment abgibt, wenn ihr auch vielleicht nicht die allein führende Rolle zukommen mag. Dem trägt auch *Krisch* in seiner Aufstellung und Gruppierung Rechnung, indem er zunächst eine große erblich bedingte Kerngruppe der Schizophrenie anerkennt, bei der das familiäre Auftreten eindeutig auf Vererbungsmomente hinweist und die er als vor-

wiegend idiopathische Schizophrenien heraushebt. Eine andere Gruppe läßt zwar keinen nachweisbaren Erblichkeitsfaktor, aber wenigstens zurzeit auch keinen exogenen bzw. paratypischen Faktor erkennen. *Krisch* meint, daß hier vielleicht besondere Erblichkeitsverhältnisse (Rezessivität) noch eine Erklärung abgeben können, daß es sich aber evtl. auch um ätiologisch noch unbekannte exogene schizophrene Psychosen handeln könnte, weshalb er für diese Gruppe die »vorläufige« Bezeichnung »genuine (kryptogenetische) Schizophrenien« wählt. Hierher würden u. a. auch die Fälle zu zählen sein, bei denen *Rosenfeld* eine enzephalitische Genese vermutet (s. o.). Besonderen Wert aber legt *Krisch* auf diejenigen Fälle, in denen keine Erblichkeit, aber ein sicher faßbarer organischer Prozeß nachweisbar ist, d. h. bei denen es sich um organische Hirnerkrankungen verschiedenster Ätiologie handelt, die unter schizophrenen Bildern verlaufen. Diese Gruppe will *Krisch* als exogene (paratypische) »symptomatische Schizophrenie« bezeichnet wissen. Eine conditio sine qua non für diesen Standpunkt sei allerdings, daß man grundsätzlich die ganze Schizophreniegruppe — also einschließlich der idiotypischen, erblichen — als Ausdruck einer organischen Hirnschädigung auffaßt.

Die Berücksichtigung sowohl der Erblichkeit als auch der organischen Grundlage hat ja auch *Kleist* in seiner Bezeichnung der Schizophrenie als heredogenerative psychische Systemerkrankung zum Ausdruck gebracht. Auch *Kleist* weist auf die Notwendigkeit hin, außerdem eine symptomatische Form der Schizophrenie zu unterscheiden, um deren Abgrenzung sich besonders *Herz* in letzter Zeit bemüht hat. *Kleist* ist aber des weiteren besonders auch lokalisatorischen Problemenen nachgegangen. Er meint, daß man die schizophrenen Symptome im wesentlichen auf drei große Funktionssysteme zurückführen könne, die katatonen Störungen der Motorik, die hebephrenen Störungen der Affektivität und die schizophrenen Denk- und Sprachstörungen. Er hält diese Funktionen an sich durchaus für lokalisierbar. Besonders bzgl. der Denk- und Sprachstörungen der Schizophrenen liegen bereits eine Reihe Arbeiten aus der *Kleist*schen Schule unter Anlehnung an die Aphasielehre vor. *(Schneider, Fleischhacker.)* Man wird sich allerdings fragen dürfen, ob und wie weit eine Rückführung der komplizierten Verhältnisse bei der Schizophrenie auf eine derart elementare Grundlinie möglich und berechtigt ist. Die Mehrzahl der Forscher scheint sich demgegenüber im wesentlichen ziemlich reserviert zu verhalten. Es erscheint auch nicht weiter verwunderlich, wenn ein derart psychopathologisch eingestellter Autor wie *Kronfeld*, die »psychologische Analyse der Symptome«, wie er das Vorgehen *Kleists*

wohl nicht zu unrecht bezeichnet, ablehnt, und ihm die Voraussetzung einer »etwas stark vereinfachenden Psychologie« vorwirft.

In der Tat kann man wohl von wirklichen, greifbaren Erfolgen bzgl. der Lokalisation der schizophrenen Syptome oder gar einer hypothetischen »Grundstörung« (im hirnpathologischen Sinne) in keiner Weise sprechen. Es fehlt zwar nicht an histologischen Arbeiten (*Fünfgeld*, *Josephy*, *Küppers*, *Béla Hechst* u. a.), die aber alle bisher nicht in überzeugender Weise haben dartun können, daß es sich bei den vorgefundenen histologischen Veränderungen wirklich um »die« schizophrenen Veränderungen bzw. den spezifischen Prozeß handelt, ganz davon abgesehen, daß die Ergebnisse sowohl bezüglich der Veränderungen im einzelnen wie der Lokalisation voneinander abweichen. Es erscheint wohl auch noch recht fraglich, ob man bei der Schizophrenie überhaupt von einer einheitlichen Lokalisation des Prozesses sprechen und ob man weiter in dem Sinne »lokalisieren« kann, wie es sich im allgemeinen in der Neurologie bisher praktisch bewährt hat.

Es soll dabei ganz davon abgesehen werden, ob wir die primäre Krankheitsursache der Schizophrenie überhaupt im Gehirn zu suchen haben, d. h. ob es sich wirklich um eine primär im Gehirn lokalisierte Störung handelt oder ob diese wiederum nur der Ausdruck bzw. die sekundäre Folge einer allgemeinen, mehr körperlichen Störung darstellt, also gewissermaßen nur als Symptom einer Allgemeinerkrankung und die schizophrene Prozeßpsychose demnach nur als symptomatische Psychose bei dieser Allgemeinstörung zu bewerten ist. *Stertz* hat kürzlich in einer Studie über die Beziehungen von Krankheitsprozeß und Krankheitserscheinungen auf die innigen Zusammenhänge zwischen Soma, Stamm und Rinde hingewiesen. Das so überaus häufige Zusammentreffen der schizophrenen Erkrankung mit sich besonders heraushebenden Lebensabschnitten und Epochen (Pubertät, Involution, Gravidität, Wochenbett und Laktation usw.) hat diesen Gedanken ja von jeher nahegelegt. Bezüglich vieler endokriner Störungen oder Regelwidrigkeiten bei Schizophrenen kann man dagegen heute wohl im allgemeinen sagen, daß es sich entweder um korrelative (konstitutionelle) Symptome oder eher um Folgeerscheinungen des schizophrenen Prozesses handeln dürfte *(Rosenfeld)*. Dagegen sind neuerdings eine Reihe anderer somatischer Theorien der Schizophrenie aufgetaucht, wie z. B. die Anschauung, daß besonders gastro-intestinale Störungen eine Rolle spielen *(Reiter)* oder daß es sich um eine chronisch infektiöse Allgemeinerkrankung mit besonderer Beteiligung des Reticulo-endothelialen Systems handele *(Fr. Meyer)*. *Buscaino* glaubt auf Grund der von ihm erhobenen Befunde von Traubenabbau-

schollen in Gehirnen Schizophrener ebenfalls, daß eine enterogene Toxikose und chemische Veränderungen im Zentralnervensystem eine ausschlaggebende Rolle in der Ätiologie und Pathogenese der Schizophrenie spielen, wofür seiner Ansicht nach auch die »Schwarzharnreaktion« sprechen soll, die aber sehr umstritten ist. Nur erwähnt sei die früher von *Wolfer* geäußerte Auffassung von der metatuberkulösen Natur der Dementia praecox, die heutzutage wohl als erledigt gelten kann, da sich die allerdings häufig erkennbaren Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und tuberkulöser Erkrankung im allgemeinen auf andere Weise erklären (gemeinsame konstitutionelle Disposition — *Luxenburger, Br. Schulz*).

Jedenfalls aber ist daran festzuhalten, daß auch im Falle einer rein symptomatischen Entstehung der schizophrenen Prozeßpsychose letzten Endes für die psychischen Störungen natürlich immer eine Störung irgendwelcher Hirnpartien angenommen werden muß. Für die Frage nach dem zerebralen Angriffspunkt des schizophrenen Krankheitsprozesses dürften nun die Erkenntnisse der modernen (am Gestaltproblem orientierten) Lokalisationstheorie von Bedeutung sein, die im wesentlichen von den neuartigen Ideen *Hughling Jackson*s ausgegangen ist. Im Gegensatz zu der atomisierenden, von assoziationspsychologischen Gedankengängen diktierten Theorie der älteren Neuropathologen (z. B. *Henschen*), die sich um eine Lokalisation einzelner Hirnfunktionen bemüht, wird die Funktion als Tätigkeitsentäußerung des gesamten Hirns betrachtet. Gegenüber der einseitigen Betrachtung des lokalisierten Defektes gewinnt die Tätigkeit der erhalten gebliebenen Hirnteile an Bedeutung. *Goldstein* hat mit Recht die These aufgestellt: Bevor wir lokalisieren, müssen wir uns fragen, was wir denn eigentlich lokalisieren wollen bzw. zu lokalisieren haben. Dabei gewinnt die Enthemmung tiefer gelegener Funktionen durch den Ausfall höherer, ihr eventuell vikariierendes Eintreten und die daraus resultierende Änderung der Gesamtfunktion größere Beachtung und Bedeutung. Es wird weniger gefragt, was fehlt bzw. ausgefallen ist, sondern wie sich die Gesamtfunktion unter den durch einen organischen Prozeß geänderten Bedingungen bzw. der dadurch geschaffenen neuen Gesamtsituation verhält. So kommt *Weizsäcker* zu dem Begriff des Funktionswandels.

Im weiteren Sinne schlagen diese modernen Anschauungen gewissermaßen wieder eine Brücke zu älteren neuropsychiatrischen Anschauungen, so z. B. zum Sejunktionsbegriff *Wernicke*s.

Von hier aus dürfte vielleicht — wenn überhaupt — einmal eine Klärung der lokalisatorischen Fragen bei der Schizophrenie in Zukunft zu erwarten sein. Schon die Tatsache, daß sich trotz jahrzehntelanger mühevoller histopathologischer Forschung im

wesentlichen nur verhältnismäßig geringfügige Veränderungen gefunden haben, und der damit übereinstimmende vorwiegend funktionelle Charakter der schizophrenen Symptome läßt wesentlich kompliziertere lokalisatorische Verhältnisse erwarten. Darauf deutet weiter auch die Erfahrung hin, daß im Falle einer an sich gut faßbaren, grob organischen Zerstörung bestimmter Hirnteile, gerade etwa vorhandene schizophren gefärbte Symptomenbilder keineswegs durch den jeweiligen Sitz des Prozesses an sich erklärt bzw. ohne weiteres auf die uns bekannten, bei der entsprechenden Lokalisation jeweils zu erwartenden »Ausfallserscheinungen« rückführbar sind.

Wie schon erwähnt, handelt es sich bei den schizophrenen Symptomen ja nicht so sehr um einen kompakten »Ausfall« oder umschriebenen »Defekt«, als vielmehr eher um einen Funktionsabbau *(Krisch)* oder einen Funktionswandel. Dabei erscheinen mir die Erfahrungen *Pötzl*s und *Ehrenwald*s besonders bedeutsam, daß schizophren gefärbte Symptome als Beiwerk organischer Hirnprozesse offenbar besonders gern nicht bei einem sondern bei mehreren, verschieden lokalisierten Herden aufzutreten pflegen, vor allem bei gleichzeitigen Herden in Stamm und Rinde. Auch hier würde mehr an einen Funktionswandel als Folge einer Desintegration oder Dissoziation verschiedener Funktionssysteme bzw. ihres Verbandes und ihrer gegenseitigen Abhängigkeit zu denken sein — eine Auffassung, die das wesentliche des Sejunktionsbegriffes enthält.

Lassen sich demnach die schizophrenen Symptome nicht ohne weiteres als Folgeerscheinungen unilokulärer Zerstörungen in bestimmten Hirnteilen erklären oder überhaupt auf eine bekannte Hirnregion beziehen (selbst oder gerade dann nicht, wenn sie einmal bei einem derartigen Prozeß vorkommen sollten), so wird man eher an eine gewissermaßen »intermediäre« oder mehr »transkortikale« Lokalisation denken können. Es handelt sich ja nicht um isolierte Veränderungen bestimmter einzelner Funktionen als vielmehr um Störungen innerhalb größerer mehr oder weniger eine funktionelle Einheit bildender Funktionskomplexe, die ihrerseits wieder bestimmten Schichten in der seelischen Gesamtpersönlichkeit entsprechen. Der Gedanke der Schichtbetrachtung ist in der neueren Psychiatrie durchaus geläufig und spielt auch eine besondere Rolle in der Schizophrenieforschung. (*K. Schneider*, *Storch* u. a.) Mit besonderer Vorliebe hat sich die Charakter- und Persönlichkeitsforschung der Schichtbetrachtung angenommen *(Ewald, Kahn, Birnbaum)*; auch *Kraus*' Lehre von der Tiefenperson steht diesen Gedankengängen bis zu einem gewissen Grade nahe. Besondere Beachtung scheint mir die Arbeit von *Ewald* zu verdienen, der sich vor allem um

die biologische und somatische Fundierung des Schichtgedankens bemüht, wenngleich seine Ausführung im wesentlichen dem Problem des Charakteraufbaues auf biologischer (psychophysischer) Grundlage gewidmet sind.

Ewald unterscheidet zunächst (mit *Kleist*, *Reichardt* u. a.) den Hirnstamm als ein das Gefühls- und Triebleben beherrschendes Funktionsgebiet von der Rinde als dem Ort der intellektuellen Funktionen und der höheren »intellektuellen« Gefühle, und weist vor allem auf die Bedeutung von Störungen im funktionalen Zusammenarbeiten dieser beiden Gebiete hin, um deren zentrale Stellung sich als weitere Faktoren dann das endokrine und vegetative System und deren Korrelationen mit dem gesamten Organismus gruppieren. Er kommt zu einer dreifachen Schichteinteilung: 1. Schicht der tiefsten vegetativen, phylogenetisch ältesten bzw. tierischen Hirnstammregion (Triebleben), 2. Schicht der höher differenzierten und teilweise schon kortikalen Einflüssen ausgesetzten Hirnstammfunktionen (höhere gefühlsbetonte Erlebnisse) und 3. höchste Schicht der unzweideutig in Beziehung zur Rinde stehenden (intellektuellen) Geistesfunktion. In allen Schichten entsprechen sich gewisse elementare biopsychische Reaktionsweisen wie z. B. Intensität-Extensität (= Nachdauer), oder Hemmung-Bahnung der Nervenerregung auf körperlichem Gebiet, Eindrucksfähigkeit, Retentionsfähigkeit, intrapsychische Aktivität und Ableitungsfähigkeit auf psychischem Gebiet.

Es läßt sich nun ohne weiteres einsehen, daß unter Umständen auch geringfügige Störungen in einem dieser Funktionsgebiete oder dieser Schichten, die durchaus noch nicht zu irgendwelchen groben neurologischen Symptomen zu führen brauchen, bereits zu Veränderungen der intakten seelischen Persönlichkeit führen können, ja daß sogar in psychischer Hinsicht ein gröberer aber zirkumskripter Defekt in einer dieser Schichten womöglich geringfügigere Folgen zeitigen kann, als ein viel weniger »schwerer« aber vielleicht mehr diffuser Prozeß, der die funktionalen Beziehungen zwischen den Schichten hemmt, unterbricht oder sonstwie beeinträchtigt.

Eine ähnliche Schichteinteilung gibt *Braun*, der in der ersten Schicht (Somatopsyche) die psychogenen Motilitätssyndrome, die biologisch-somatischen Mechanismen und die einfachen Ausdrucksbewegungen zusammenfaßt. Übergeordnet ist als zweite Schicht die Typhlopsyche mit den Instinkten, Trieben und Affekten, die sowohl biologisch-somatisch (nach der ersten Schicht) wie psychisch orientiert ist nach der dritten, höchsten Schicht, der Sophropsyche, die ihre Triebkraft und Dynamik von dorther bezieht und ihrerseits die Mechanismen der Typhlopsyche zu

zweckdienlichen Apparaten vereint bzw. jeweiligen willkürlichen Akten nutzbar macht. Gestörte Beziehungen zwischen den Schichten bestehen in einem pathologischen Überwiegen tieferer gegenüber höheren. An willkürlichen oder unwillkürlichen Akten, Reaktionen, Verhaltungsweisen usw. sind im allgemeinen stets alle drei Schichten beteiligt, doch kann bei ein und demselben Vorgang (z. B. einem hysterischen Anfall) jeweils eine andere Schicht die Führung haben oder auslösend wirken (Schreck oder andere primitive Affekte, sowie körperliches Unbehagen, Schmerz usw. — 1. Schicht — instinktive bzw. affektive Motive — 2. Schicht — oder Simulation — 3. Schicht). Wesentlich erscheint auch bei *Brauns* Schichttheorie die Tendenz zu möglichst nahem Anschluß an das Biologische, wenn er auch seine Schichten nicht direkt zu lokalisieren scheint. Daß in der Tat gewisse Beziehungen der Typhlopsyche *Brauns* zu den Funktionen des Extrapyramidariums bestehen, legen u. a. die Beobachtungen von psychischen Zwangszuständen bei Enzephalitis (*Mayer-Groß, Bürger, F. Stern, Skalweit* u. a.) nahe. Das Bedeutungsvolle des Schichtgedankens in lokalisatorischer Hinsicht liegt m. E. darin, daß man nicht danach zu suchen hätte, wie und warum von bestimmten Hirnpartien aus auch ganz bestimmte Funktionen mehr oder weniger grob gestört werden können, sondern auf welche verschiedene Art und Weise bzw. von welchen verschiedensten Hirnpartien aus ein einer bestimmten Schicht zugehöriger Funktionskomplex gestört, durch Abschaltung von anderen Schichten verändert oder enthemmt werden kann und wie sich Störungen innerhalb einer bestimmten Schicht auf die Gesamtpsyche auswirken.

Es würde sich dabei nicht um eine Lokalisation von Funktionen, auch nicht von Funktionsverbänden, sondern vielmehr eine Lokalisation nach Funktionszusammenhängen handeln. Das würde dann auch erklären können (wenn wir auch praktisch noch weit davon entfernt sind), daß schizophrene Begleitsymptome bei groben organischen Prozessen der verschiedensten Lokalisation — also auch neben und unabhängig von den verschiedenartigsten »direkten« neurologischen Ausfallserscheinungen — entstehen bzw. vorhanden sein und auch noch nach Rückbildung dieses Prozesses und seiner neurologischen Ausfallserscheinungen bestehen bleiben können. Denn wenn man die schizophrenen Begleitsymptome als Desintegrationserscheinungen der funktionalen Beziehungen einer bestimmten Schicht und nicht als an den Ort der groben Zerstörung direkt gebunden ansieht, dann könnte es erklärlich sein, daß schon geringe und neben den groben Zerstörungen evtl. gar nicht ins Auge fallende Läsionen, die als Residuen den eigentlichen Prozeß noch überdauern, eine Schädi-

gung der interfunktionellen Beziehungen bestimmter Schichten und womöglich fernliegender Funktionssysteme unterhalten können, da es sich hierbei ja nicht um »Herdsymptome« im eigentlichen Sinne handelt. Es würde also gerade die geringe Intensität dieser krankhaften Störungen das besondere der schizophrenen Symptome bedingen, während etwa ein schwerer bzw. akuter Lokaldefekt zunächst diese »Schichtsymptomatik« überdecken würde. In etwas anderer Form mißt ja auch *Krisch* dem Intensitätsfaktor wesentliche Bedeutung bei.

Daß es berechtigt sein kann, auch in somatotopischer Hinsicht von einer schichtweisen Lokalisation zu sprechen, dafür sprechen die Erfahrungen an manchen klinischen Krankheitsbildern. So gibt es schizophrene Krankheitsbilder, bei denen man im Zusammenhang mit dem Fortschreiten oder der Rückbildung des Prozesses gleichzeitig verfolgen kann, wie einmal die rein psychischen, schizophrenen Symptome und zugleich evtl. begleitende körperlich-neurologisch-biologisch-vegetative Symptome teils von höheren zu tieferen Schichten oder umgekehrt fortschreiten, bzw. sich in entsprechend wechselnden Schichten abzuspielen scheinen.

In letzter Konsequenz würde diese Fassung des Lokalisationsproblems aber auch wieder nur etwas über eine Entstehungsmöglichkeit schizophrener Symptome überhaupt aussagen, ganz davon abgesehen, daß es sich ja zunächst nur um eine nicht bewiesene Fiktion, günstigsten Falls im Sinne einer Arbeitshypothese, handelte. In nosologischer Hinsicht, d. h. im Sinne einer Abgrenzung und Aufstellung von Krankheitseinheiten, kommen wir auch damit nicht weiter. Im Gegenteil zerfließt uns an diesem Punkte gerade der Begriff der Krankheitseinheit unter den Händen, da ja derartige Dissoziationserscheinungen eben bei allen möglichen Prozessen auftreten können und nur die Unspezifität der schizophrenen Symptome als solche erneut unterstreichen. Ja, wir könnten damit viel eher das Auftreten bzw. den Entstehungsmechanismus schizophrener Symptome bei symptomatischen Psychosen und grob-organischen Hirnprozessen als die Existenz einer »Schizophrenie« erklären. *Kurt Schneider* hat einmal bei einer anderen Gelegenheit das Beispiel gebraucht von dem Bleistift, der gerade dann abbricht, wenn man ihn am feinsten angespitzt zu haben glaubt. Treffender kann auch das vorliegende Problem nicht gekennzeichnet werden, und wir finden diese Situation in allen Gebieten unseres Erkenntnisbereiches ja immer da vor, wo spekulative und gedankliche Konstruktionen und Formulierungen die fehlenden Erfahrungstatsachen und empirischen Kenntnisse überbrücken oder ersetzen sollen.

Um auf unsere spezielle Fragestellung zurückzukommen, so

erweist es sich doch eben immer wieder, daß es bisher nicht gelingt, durch eine auf eine einzige Betrachtungsweise aufgebaute, noch so überspitzte Formulierung, sei es vom psychopathologischen, vom hirnpathologischen, verlaufsprognostischen oder lokalisatorischen Standpunkt aus den Schizophreniebegriff eindeutig und klar zu erfassen, sondern daß die verschiedenen Forschungsrichtungen aufeinander angewiesen sind und sich gegenseitig ergänzen müssen. In der Praxis der psychiatrischen Klinik sehen wir das besonders eindringlich an den atypischen Randpsychosen, deren Einordnung in die beiden hauptsächlichsten Formenkreise des manisch-depressiven und des Jugendirreseins oft nahezu unmöglich ist und nach der in den Vordergrund gestellten speziellen Betrachtungsweise schwanken kann, je nachdem, ob man einen vorwiegend verlaufsprognostischen, einen mehr psychopathologischen oder einen einseitig hirnpathologisch-lokalisatorischen Standpunkt einnimmt. Es ist daher ja auch eine längst zur Gewohnheit gewordene Forderung, in der klinischen Diagnostik des Einzelfalles alle diese verschiedenen Faktoren sorgfältig zu analysieren und gegenseitig abzuwägen im Sinne der Strukturanalyse *Birnbaums* oder der mehrdimensionalen Diagnostik *Kretschmers*. Es ist aber wohl zweifellos als ein Fortschritt besonders gegenüber der sich oft stark an der Grenze zwischen natur- und geisteswissenschaftlicher Betrachtungs- und Denkweise bewegenden einseitigen Überschätzung einer »verstehenden« Psychologie anzusehen, daß auch die biologische Grundlage des Problems wieder mehr in den Vordergrund gerückt worden ist.

Die vorstehende kursorische Übersicht über die zurzeit im Vordergrunde stehenden Fragen zum Schizophrenieproblem erheben keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Es sollte nur an Hand einiger markanter Beispiele das wesentlichste der einzelnen Etappen aufgezeigt werden, die der ganze Fragenkomplex bisher durchlaufen hat und auf welchem Stande wir etwa heute angelangt sind. Fragen wir uns nach den praktischen Anwendungsmöglichkeiten der von den verschiedenen Forschern und Richtungen aufgestellten Theorien und Hypothesen, so müssen wir zugeben, daß die Gruppierung eines größeren Schizophreniemateriales nach diesen oder jenen Gesichtspunkten vorläufig noch nicht möglich ist. Es fehlt auf allen Gebieten noch an gesicherten Tatsachen, und auch z. B. die an sich so überzeugend wirkenden systematischen Einteilungsversuche in exogene und endogene, genuine und symptomatische Schizophrenien bleiben praktisch zunächst nur auf eine gewisse Kasuistik von mehr oder weniger typischen Einzelfällen beschränkt, deren Erfahrungen sich nur mit einer gewissen theoretischen Gewaltsamkeit verallgemeinern lassen.

Auf welchen Wegen ist nun aber eine weitere Vertiefung unseres tatsächlichen Wissens und unserer Erkenntnisse möglich? Zweifellos ist *Kurt Schneider* recht zu geben, daß es keinen Sinn habe, neurologischen, anatomischen und pathophysiologischen Ergebnissen von klinischer Seite mit entsprechenden »Dichtungen« vorauszueilen. Folgt man *Schneiders* Gedankengängen über die Probleme der klinischen Psychiatrie der letzten 12 Jahre, so wird man sich allerdings seiner Resignation anschließen müssen, daß die klinische Psychiatrie als solche weder zu einem Fortschritt einer medizinischen Psychiatrie noch zu einer Nosologie etwas beitragen könne. Da es sich bei den psychiatrischen Krankheitsgattungen um somatische und nicht psychopathologische Einheiten handele, erlaube die klinische psychiatrische Forschungsweise nur eine typenmäßige Abgrenzung der psychotischen Bilder, die über deren Ätiologie und pathophysiologische Grundlage nichts aussagt, sondern in ihrer Ordnung logisch und notgedrungen symptomatologisch bleiben muß.

Man muß aber zugeben, daß die rein symptomatologische Analyse und Erforschung der Schizophrenie heute wohl als ziemlich erschöpft gelten kann und daß von hier aus kaum noch neue grundsätzliche Ergebnisse zu erwarten sein dürften. Das führende und durchgehende psychische Grundsymptom hat sich dabei nicht gefunden. Mit den in manchen einzelnen Fällen anzutreffenden körperlichen und besonders neurologischen Begleitsymptomen (*Rosenfeld*, *Steck*), die im allgemeinen nur geringfügig, oft flüchtig und im ganzen uneinheitlich sind, können wir weder in pathogenetischer noch ätiologischer Hinsicht etwas anfangen — sie weisen eben immer wieder nur auf die organische, somatische Grundlage des schizophrenen Prozesses an sich hin.

So müssen denn andere biologische Disziplinen herangezogen werden — und zwar in erster Linie die Erb- und Konstitutionsforschung. Daß aber von der Erbbiologie allein eine völlige Klärung des Problems nicht erwartet werden kann, ist schon anfangs kurz erwähnt worden, zumal ihre sich zwar mit der klinischen Forschung in vielem eng berührenden Aufgaben in verschiedener Richtung gehen. Im Gegensatz zu der kausalanalytischen Einstellung der klinischen Nosologie, deren vornehmstes Ziel die Ursachenforschung zum Zwecke der Abänderung bzw. Heilung eines gegenwärtigen Zustandes im Einzelindividuum bildet, ist die Erbforschung ihrem Wesen nach letztlich final gerichtet in ihrem praktischen rassenhygienischen Ziel der Verhütung und Ausmerze für die Zukunft der Erb- und Rassengemeinschaft, ohne Rücksicht auf das gegenwärtige in-

dividuelle Einzelschicksal. Mit der Erkenntnis der Erblichkeit einer Psychose oder selbst eines ganzen Erbkreises, ist aber noch nichts über deren Pathogenese, über das eigentliche Krankheitsgeschehen oder die etwaige Mitwirkung auslösender exogener Faktoren ausgesagt.

Berücksichtigt man die vielfältige und im einzelnen Zustandsbild wie Verlauf so verschiedene Symptomatologie der »Krankheitseinheit« Schizophrenie und die durch das gelegentliche Vorkommen bei verschiedensten exogenen Faktoren erwiesene Unspezifität der Einzelsymptome, so läßt sich leicht einsehen, daß der Nachweis der führenden Rolle der Erblichkeit bei der erdrückenden Mehrzahl der Fälle durchaus noch kein Beweis für ihre erbbiologische oder sonstige Einheitlichkeit sein muß. Wenn zwar auch bis heute wirklich gesicherte Tatsachen über eine Verursachung der Schizophrenie durch nichterbliche Momente fehlen, so wissen wir doch gleichfalls nichts positives über ihren speziellen Erbgang. Die zahlreichen, zwar meist um einen ähnlichen Kern gruppierten Hypothesen und Theorien (*Rüdin*, *Hoffmann*, *Kahn*, *Kehrer*, *Kretschmer*, *Luxenburger*, *Br. Schulz* — um nur einige zu nennen) spiegeln letzten Endes nur dieselben Schwierigkeiten wider, die auch die rein nosologische Abgrenzung so erschweren. Die zur Zeit vorherrschende Meinung nimmt im wesentlichen einen dimer-rezessiven Erbgang der eigentlichen schizophrenen Prozeßpsychose an, wobei aber die spezielle Deutung fast bei jedem Autor im einzelnen eine andere ist.

Das wesentliche dieser Auffassungen kann man wohl dahin charakterisieren, daß die Erbkonstitution einen durchgehenden grundlegenden ätiologischen Faktor darstellt, der aber an sich nur die Möglichkeit der schizophrenen Reaktionsweise oder eine Disposition zur Erkrankung an der Psychose in sich birgt, während die Psychose selbst erst durch einen weiter hinzutretenden organischen Prozeßfaktor bedingt oder ausgelöst wird, der seinerseits ebenfalls endogen bezw. erblich bedingt sein kann (etwa im Sinne der Heredodegenerationen — *Kleist*), der andererseits aber auch exogen ausgelöst werden oder gar selbst exogener Natur sein könnte (wie z. B. bei der Auslösung endogener Psychosen durch exogene Prozesse im Sinne *Bostroems*).

Auf diese Weise würde sich einmal das familiäre Auftreten der Schizophrenie in einer großen Kerngruppe erklären lassen, andererseits aber auch das Vorkommen schizophrener Symptome bei anderweitigen organischen Hirnprozessen im Sinne einer Auslösung konstitutionell präformierter (homologer — *Kleist*) Reaktionsweisen. So hat *Beck* kürzlich Zusammenhänge zwischen dem Auftreten schizophrener Symptome bei symptomatischen Psychosen und einer erblichen Belastung mit Schizophrenie bei den be-

treffenden Kranken nachweisen können. Und so erscheint mir die auch auf anderen Gebieten der Medizin (z. B. der Paralyseforschung!) im Vordergrund stehende Betrachtungsweise der engen Beziehungen von Konstitution und Krankheitsprozeß für die klinische und erbbiologische Klärung des Schizophrenieproblems ebenfalls noch am aussichtsreichsten.

Literatur:

Beck, E.: Mschr. f. Psychiatr. 77, 38 (1930).
Berze u. *Gruhle:* Psychologie d. Schizophrenie. Berlin. 1929.
Birnbaum: Probleme d. biopsych. Persönlichkeitsaufbaues. In: Brugsch-Lewy: Biologie d. Person, Bd. II. Berlin. 1928. — Mschr. f. Psychiatrie 86 (1928).
Bleuler, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. (Aschaffenburgs Handb. d. Psychiatr.) Leipzig u. Wien 1911. Z. Neur. 124 (1930).
Bostroem: Arch. f. Psychiatr. 77 (1926).
Braun, E.: Bumkes Handb. d. Geisteskr. Spez. T. I, S. 112. Berlin. 1928.
Bürger: Z. Neur. 113 (1928).
— u. *Mayer-Groß:* Z. Neur. 116 (1928).
Bumke: Klin. Wschr. 1924, 437. — Über die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Berlin. 1928. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 3. Aufl. Leipzig. 1929.
Buscaino: Psychiatr.-neurol. Wschr. 1929, Nr. 14. — Arch. f. Psychiatr. 90 (1930). — Z. Neur. 125 (1930).
Ehrenwald, H.: Mschr. f. Psychiatr. 75 (1930).
Ewald: Die körperl. Grundlagen d. Charakters. In: Monogr. z. Frauenkunde u. Konstitutionsforschg. Nr. 12. Charakter u. Temperament u. ihre körperl. Grundlage. Erg. d. ges. Med. Bd. 10 (1927) sowie: Fortschr. Neur. 1929, H. 4, S. 185—196.
Fleischhacker: Mschr. f. Psychiatr. 77 (1930).
Fünfgeld: Klin. Wschr. 1924, S. 69. — Z. Neur. 95 (1925). — Mschr. f. Psychiatr. 63 (1927).
Goldstein: Die Lokalisation i. d. Großhirnrinde. (Handb. d. norm. u. pathol. Physiol. — Bethe-Bergmann; Bd. 10). Berlin 1927. Mschr. f. Psychiatr. 68 (1928).
Hechst, Béla: Z. Neur. 134 (1931).
Herz, E.: Mschr. f. Psychiatr. 68 (1928) u. 79 (1931). — Z. Neur. 136 (1931).
Josephy: Z. Neur. 86 (1923). — Bumkes Handb. Bd. 11. Berlin. 1930.
Kahn: Z. Neur. 66 (1921). — Allg. Z. Psych. 84 (1926). — Bumkes Handb. Bd. 5. Berlin 1928. — Schizoid u. Schizophrenie im Erbgang. Berlin 1923.
Hoffmann, Herm.: Z. Neur. 17 (1919), 74 (1922), 82 (1923), 97 (1925), 100 u. 101 (1926.) — Vererbung u. Seelenleben. Berlin. 1922.
Kehrer: Nervenarzt 2 (1929).
— u. *Kretschmer:* Veranl. zu seelischen Störungen. Springers Monogr. 1924, H. 40.

Kraepelin: Lehrbuch d. Psychiatr. 8. Aufl. Leipzig. 1909—1915.
Kretschmer: Körperbau u. Charakter. Berlin. 1929. Medizinische Psychologie. Leipzig. 1930.
Krisch: Die organ. einschl. d. exog. Reaktionstypen. Berlin. 1930. Z. Neur. 129, 131 u. 138.
Kronfeld: Mschr. f. Psychiatr. 73 (1929).
Luxenburger: Z. Neur. 112 (1928), 109 (1927), 122 (1929).
Mayer-Groß: Z. Neur. 124 (1930).
Meyer, Fr.: Psychiatr.-neur. Wschr. 1931, 399.
Reiter, P. J.: Zur Pathol. d. Dementia praecox. Kopenhagen (Leipzig) 1929.
Rosenfeld, M.: Z. Neur. 53 (1920). — Arch. f. Psychiatr. 65 (1922). — Med.-germ.-hisp.-amer. 1, Nr. 9 (1924). — Dtsch. med. Wschr. 1926, Nr. 52. — Dtsch. Z. Nervenheilk. 97 (1927). — Mschr. f. Psychiatrie 74 (1930). — Dtsch. med. Wschr. 1928, Nr. 3. Zbl. Neur. 57, S. 1—27 (1930.) — Die Störungen d. Bewußtseins. Leipzig. 1929. Bumkes Handb. Bd. III, allg. T. III, S. 62—129. Berlin. 1928. Das inkretogene Moment in d. Psychiatrie u. Neurol. (Klin. Lehrb. d. Inkretol. u. Inkretother. v. Bayer u. van den Velden. — Leipzig. 1927.)
Schneider, A.: Z. Neur. 108 (1927).
Schneider, C.: Die Psychologie d. Schizophrenie. Leipzig. 1930.
Schneider, K.: Z. Neur. 59 (1920) u. 99 (1925) — Probleme der klinischen Psychiatrie. Leipzig. 1932.
Skalweit: Mschr. f. Psychiatr. 67 (1928) — Münch. med. Wschr., 1928, 930.
Schulz, Br.: Z. Neur. 143 (1932) u. 149 (1933).
Steck: Z. Neur. 82 (1923) u. 92 (1924).
Stern, F.: Jhrsvers. dtsch. Ver. Psychiatr. — Wien. 1927.
Stertz: Z. Neur. 127 (1930).
Storch: Z. Neur. 101 (1926).
Stransky: Jb. Psych. 48, 40—58.
Wolfer, L.: Z. Neur. 52 (1919).

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster i. Westfalen. Direktor: Prof. Dr. *Kehrer.*)

Zur Frage der Beschäftigungsbehandlung in der psychiatrischen Klinik

Von

F. Kehrer.

Auf der diesjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie in Münster löste der (zugleich Rückschau auf eine höchst segensreiche Anstaltstätigkeit bildende) Vortrag von *Simon*-Gütersloh über die »Verantwortung in der Heilanstalt« eine besonders lebhafte Aussprache zwischen Carl *Schneider* und *Gaupp* darüber aus, ob und inwieweit seine ja allen Lesern bekannten Grundsätze der Psychagogik der Anstaltsinsassen auch für die psychiatrischen Kliniken Gültigkeit hätten. Angesichts ihrer großen praktischen Bedeutung ist es lebhaft zu begrüßen, daß diese Frage durch *Schneider* erstmals in den Mittelpunkt der allgemeinen Betrachtung gestellt wurde, zumal sie wohl schon manchen Kliniker innerlich stark bewegt hat. Ich selbst darf für mich in Anspruch nehmen, sie grundsätzlich vor längerem schon durch die Tat mit »ja« beantwortet zu haben, insofern ich schon 1927 gerade unter dem frischen starken Eindruck dessen, was ich in Gütersloh damals gesehen hatte, in den Plan der neu zu bauenden psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik in Münster im Baukörper der geschlossenen Abteilungen richtige Werkstätten einsetzte und ihre Errichtung dann auch durchsetzte. Wenn ich über die mit solcher Beschäftigungsbehandlung gewonnenen Erfahrungen bislang nicht berichtet habe, so geschah es deshalb, weil bei ihrer Durchführung sich eine Reihe von Hemmnissen in den Weg stellten. Lag auch die Unmöglichkeit ihrer Überwindung zum Teil in der Vordringlichkeit anderer organisatorischen Aufgaben, wie sie die (seit Jahrzehnten in Deutschland nicht mehr dagewesene) völlige Neuschöpfung einer großen psychiatrischen Klinik mit sich bringt, so steht für mich doch fest, daß der weitaus größere Teil dieser Schwierigkeiten in der Sache selbst begründet ist. Wenn ich somit vor Jahren schon unter Beweis gestellt habe, daß ich *Simon*s psychagogische Leitgedanken grundsätzlich auch für die Klinik in irgend einer

Form als bindend anerkenne, so glaube ich andererseits, daß gerade die Verschiedenheit der Aufgaben von Anstalt und Klinik es von vornherein verhindern, ja verbieten, *Simon*s Leitsätze, wie auch seine m. E. im weitesten Maße zu billigenden Anschauungen über die Verantwortlichkeit der Anstaltsinsassen schematisch oder gar gewaltsam auf diese zu übertragen.

Meine nachfolgenden Darlegungen sollen diese Schwierigkeiten zur Diskussion stellen. Man würde mich völlig mißverstehen, wollte man aus ihnen ableiten, daß ich aus der Feststellung der Schwierigkeiten, wie ich sie sehe, die Folgerung ziehen möchte, daß man die *Simon*sche Methodik in der Klinik überhaupt nicht oder nur zum Schein versuchen solle. Im Gegenteil: Ich hoffe mit meinen Ausführungen zu erreichen, daß möglichst viele mitraten und mithelfen, wie diese Hemmnisse überwunden werden können. Denn daran zweifle ich nicht, daß auch in der Klinik ihre Durchführung immer wieder angestrebt werden muß — einmal schon um ihrer Einfachheit willen, zum anderen aber vor allem deshalb, weil sie neben der Dauerbäderbehandlung die einzige Behandlungsart darstellt, welche Aussicht bietet, die Daueranwendung »chemischer Zwangsjacken« d. h. der arzneilichen Beruhigungsmittel mehr und mehr überflüssig zu machen. Denn ich stehe ganz auf dem Standpunkt *Schneider*s, daß wir Kliniker tagaus tagein, weil wir bislang nichts Besseres haben, noch viel zu viel diese Mittel verordnen. Wir müssen auch bekennen, daß doch mancher Erregte, der körperlich irgendwie geschwächt ist oder an milden, nicht mit der Geisteskrankheit im engeren Zusammenhang stehenden körperlichen Erkrankungen leidet, durch die Dauerzufuhr selbst der scheinbar ungiftigen unter den genügend wirksamen Mitteln, die die heutige pharmazeutische Chemie herstellt, körperlich geschädigt wird. Dies allein schon legt uns immer wieder die Verpflichtung auf, nach harmloseren Mitteln zu suchen, die von annähernd gleicher Wirkung sind und tunlichst bei zahlreichen Kranken angewandt werden können. Da für die Anstalten erwiesen ist, daß die Beschäftigungsbehandlung tatsächlich dieser Forderung weitgehend entspricht, so muß die Klinik aus dieser Erwägung heraus alle Hemmnisse zu beseitigen versuchen, die sich ihrer Durchführung entgegen stellen.

Es ist zweckmäßig, sich in diesem Zusammenhang auf die selbstverständliche Tatsache zu besinnen, daß unter völlig gleichmäßiger Verteilung von Wert und Bedeutung der Arbeitsbezirke von Anstalt und Klinik, die bei richtiger Selbsteinschätzung niemals Anlaß zu Eifersucht oder gar Neid geben können, doch die Aufgabenkreise beider sich nur zum größeren Teil decken. Für die hier angestellte Betrachtung sind von den Unter-

schieden wesentlich, daß 1. der Klinik — man muß sagen: leider — ausschließlich Unterricht und Fortbildung der Ärzteschaft und außerdem ein größerer Teil der wissenschaftlichen Forschung zufällt, daß ferner die dazu nötigen Einrichtungen ihrerseits die Möglichkeit bieten, in größerem Umfange neuzeitliche Untersuchungsmittel zwecks Erkennung der Natur der Krankheiten zur Anwendung zu bringen, und daß schließlich — was in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang damit steht — die Bedingungen von Aufnahme und Entlassung der Kranken in mancherlei Beziehung voneinander verschieden sind.

So muß die Klinik im gewissen Gegensatz zur Anstalt aus verschiedenen Gründen grundsätzlich immer wieder anstreben, frisch Erkrankte aufzunehmen, außerdem aber vorzugsweise auch solche, deren soziale Krankheitsäußerungen nach Wochen oder wenigen Monaten so weit schwinden, daß sie ohne Gefahr wieder entlassen werden können. Denn für die Monate oder gar Jahre der Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt bedürftigen Kranken kommt sie schon wegen der Zahl der verfügbaren Betten und aus Gründen des Unterrichts nur ausnahmsweise in Betracht. Versteht es sich auch von selbst, daß die Klinik den Ehrgeiz haben muß, die Krankheitserscheinungen auf dem kürzesten Wege zum Schwinden zu bringen, so muß sie andererseits doch immer wieder den Grundsatz in den Vordergrund stellen, daß jeder wie immer zu gestaltenden Behandlung eine genaue Erforschung des ganzen Menschen voranzugehen hat, der offenen wie versteckten Krankheitserscheinungen auf körperlichem wie auf seelischem Gebiet, ebenso wie der gesund gebliebenen Teile der Persönlichkeit und der inneren Zusammenhänge zwischen Gesundem und Krankem im Quer- und Längsschnitt. Kein noch so gewiegter und begabter Psychiater vermag — auch bei einfachen Fällen nicht — diese diagnostische Aufgabe in wenigen Tagen so zu erledigen, wie es erforderlich ist, um über den betreffenden Fall eine, wie man zu sagen pflegt, anständige Krankengeschichte zu verfassen. Ich glaube, es kann nie und nimmer Ehrgeiz des Klinikers sein, den Kranken um jeden Preis wenige Tage nach seiner Aufnahme gleichsam dem laufenden Band einer »Beschäftigungsbehandlung« zuzuführen, etwa aus der heimlichen oder offen ausgesprochenen Vorstellung heraus, es sei, nachdem einwandfrei erwiesen ist, daß mit dieser Form der psychagogischen Therapie, was Umfang des Anwendungsgebietes und Größe des Erfolges anlangt, keine andere Behandlungsart in der Anstalt wetteifern kann, schließlich gleichgültig, welche Geisteskrankheit vorliegt, sofern sie nur nicht mit gröberen körperlichen Störungen einhergeht oder grob organisch ist, wie z. B. die progressive Paralyse, oder es sei noch gleichgültiger, ob eine Schizo-

phrenie etwa reich oder arm an Krankheitserscheinungen sei. Gewiß mag es in zahlreichen Fällen für die Therapie, und nicht bloß die Beschäftigungsbehandlung, mehr oder weniger belanglos sein, ob eine mehr hebephrene, katatone, paranoide oder demente Form der Schizophrenie vorliegt. Sobald wir uns aber auf den Standpunkt stellen wollten, daß es nicht mehr lohnte, nach solchen symptomatischen Unterschieden zu forschen, würden wir damit einem weiteren Fortschritt der wissenschaftlichen Psychiatrie — nicht bloß auf dem Gebiete der Schizophrenie — den Boden entziehen. Denn schließlich ist der Unterschied zwischen dem Verhalten beispielsweise mancher Paralytiker gegenüber jener psychagogischen Therapie und dem zahlreicher Schizophrener im Endzustand wohl nicht so wesentlich, daß man daraus den sicheren Schluß ziehen könnte, dort liege eine grundsätzlich ganz anders geartete und vor allem auch ganz anders zu behandelnde Krankheit vor wie hier. Und selbst wenn man sagen würde, es komme praktisch wenig darauf an, ob das Zustandsbild mehr hebephren, kataton oder paranoid sei, sofern nur eine Schizophrenie und nicht etwa eine Paralyse vorliege, so würde uns eine grundsätzliche Zuführung der Kranken zur Beschäftigungsbehandlung wenige Tage nach der Aufnahme in die Klinik nicht der Aufgabe entheben, auch nach annähernder Sicherung der Diagnose »Schizophrenie« eine (im richtigen Sinne) analytische Durchdringung des Einzelfalles trotz aller Fehlschläge immer wieder anzustreben. Wie ist aber eine solche möglich, wenn der Kranke 3, 5 oder 7 Tage, nachdem der Arzt ihn überhaupt kennen gelernt hat, regelmäßig der Arbeitsbeschäftigung zugeführt wird? Denn so bemerkenswert auch für die Beurteilung des Kranken als ganzen Menschen die Feststellung seines Verhaltens in bezug auf Wirkraum, Wirkziel, Werkzeug und Arbeitsgemeinschaft sein mag, sie kann niemals alle jene ärztlichen Bemühungen um eine Aufdeckung aller psychologischen Zusammenhänge ersetzen.

In diesem Zusammenhang ist besonders zu berücksichtigen, daß der psychiatrischen Klinik ja fast ausschließlich die Aufgabe der Heranzüchtigung des fachärztlichen Nachwuchses (auch für die Anstalten) zufällt. Dies legt dem Leiter und Oberarzt die Verpflichtung auf, die jüngeren Ärzte stetig zu gewissenhaftester Führung der Krankenblätter zu erziehen, die nicht in letzter Linie den Beleg für den Stand ihrer Fortbildung liefert. Wie ist dieser »diagnostische Geschäftsgang« aber ersprießlich durchzuführen, wenn immer ein größerer Teil derer, an denen sie lernen sollen, sich in irgend einer Werkstätte aufhält? Ohne eine Störung des Arbeitsbetriebes in dieser ist es aber sicher kaum möglich, heute diesen, morgen jenen Kranken zu ärztlicher Nachuntersuchung u. dgl. auch nur für Stunden aus ihr herauszuziehen.

Gewiß ist an sich der Einwand richtig, man brauche die Kranken nur umschichtig halbtagweise zu beschäftigen, während des Rests des Tages könne ärztlicherseits genug an ihnen beobachtet und erforscht werden. Aber wie ist dies in Kliniken von der in Deutschland üblichen Größe, und selbst in den größten unter ihnen, anders durchführbar als so, daß in den 2—3 Werk- oder anderen Arbeitsstätten, die sie jeweils für die männlichen und weiblichen Kranken aufweisen können, am Vormittag andere Gruppen beschäftigt werden als am Nachmittag? Eine Stetigkeit des »Geschäftsganges«, wie er unbedingt erforderlich ist, damit das Erarbeitete zum Sachwert wird, der seinerseits erst die Fortführung des Arbeitsbetriebs ermöglicht, kann dabei aber wohl kaum erreicht werden.

Einer der wesentlichsten Punkte der *Simon*schen Behandhandlung scheint mir des weiteren eine — wenn auch gruppenweise — individualisierende Beschäftigung zu sein, d. h. der Grundsatz, daß jeder Kranke jener besonderen handwerklichen Arbeitsbeschäftigung zugeführt wird, die ihm nach Anlage und früherer Ausbildung in Schule und Leben angemessen ist und auch tunlichst zusagt. In der Anstalt sind somit gleichsam alle Handwerkszweige vertreten. Eine so vielseitige Arbeitsbeschäftigung ist indessen nur dann möglich und, was noch wichtiger ist, auf die Dauer erfolgreich durchführbar, wenn sehr viele Kranke beschäftigt werden können. Dies wiederum setzt voraus, daß die betreffende Anstalt über eine vielhundertköpfige Schar von Kranken, und zwar von »Dauergästen« verfügt.

Beide Bedingungen müssen erfüllt sein. Erstens muß eine große Zahl von Kranken vorhanden sein, die überhaupt für die Arbeitsbehandlung in Betracht kommen und zweitens müssen diese von vornherein die Aussicht geben, wenigstens einige Wochen oder Monate in der Anstalt zu verbleiben. Wie die Menschen nun einmal sind, wird sich aber wohl stets nur ausnahmsweise ein auf die Dauer zum Vorarbeiter geeigneter Krankenpfleger bereit finden oder dazu bestimmen lassen, regelmäßig alle paar Tage Kranke in seinem Handwerksbetrieb einzustellen, die voraussichtlich nach annähernd ebenso kurzer Zeit wieder daraus ausscheiden.

Der für einen ertragreichen Arbeitsbetrieb so notwendigen Beschäftigung der Kranken auf längere Frist steht nun in der Klinik weiter der Umstand entgegen, daß ein großer Teil derselben dieser zum Zwecke der Beobachtung, also nur auf beschränkte Zeit zugewiesen wird. Die Kostenträger sind zudem meist nicht die Fürsorgeverbände, sondern Krankenkassen aller Art, die nach altem Brauch von vornherein die Kosten für die Unterbringung in der Klinik nur für 10—14 Tage zusichern, eine Verlängerung der

Zahlungsfrist aber jeweils nur auf Antrag der letzteren und wiederum zumeist nur für wenige Wochen gewähren.

Gerade die Tatsache, daß eine ganze Reihe der Kranken den Kliniken zur Beobachtung auf ihren Geisteszustand (und zwar keineswegs nur im Sinne der Gerichts-Prozeßordnungen) zugewiesen werden, bedingt gelegentlich eine Ablehnung der Beschäftigungsbehandlung von ihrer Seite. Auch noch in manchem Schizophrenen lebt als gesunder Rest der Persönlichkeit ein Widerwille gegen Arbeit. Ja der eine und andere der Patienten, die wir in der Klinik z. B. der Korbflechterei zuführen wollten, beantwortete die Aufforderung zum Gang nach der Werkstatt mit Äußerungen gegenüber dem Krankenpfleger etwa des Sinnes: »Wie komme ich dazu, im Krankenhaus zu arbeiten?« Auch dieser Widerstand muß überwunden werden und er kann es nur, wenn ein gut laufender Arbeitsbetrieb vorhanden ist, angesichts dessen dem Kranken zum Bewußtsein kommt, daß es sich für ihn irgendwie lohnt, zu arbeiten, oder wenn er durch das Beispiel der Mitkranken seelisch »angesteckt« wird.

Simon hat uns in seinem Vortrage in Münster wieder einmal Beispiele seiner außerordentlichen erzieherischen Begabung gegeben, selbst beim erregbaren Geisteskranken die gesunde Stelle zu finden, von der sich sozusagen durch Verekelungstaktik das Krankhafte unterbinden läßt, indem er berichtete, wie z. B. dem Explosiblen, der Fensterscheiben zertrümmert, die Lust zur Wiederholung solcher Gewalttätigkeiten ohne jede moralisierende Einwirkung dadurch vergällt wird, daß er etwa einige Tage später an dem Rückgang seines Geldguthabens, das er bei der Anstalt hat, zu spüren bekommt, was ihm der angerichtete Schaden kostet. Aber solche pädagogische Taktik setzt eben voraus, daß der Kranke bereits zu einer Arbeitsleistung erzogen ist, die Geldwert hat; denn man kann ihm nichts abziehen, wenn er keine »Aktiva« in seinem Guthaben bei der Anstalt hat. Dies aber wiederum setzt voraus, daß die Anstalt in den öffentlichen Handelsbetrieb eingeschaltet ist, sei es, daß sie ständiger Selbstverbraucher der von ihren Kranken erarbeiteten Waren ist oder diese auf dem allgemeinen Markt absetzt. Ein derartiges Verfahren, das im Rahmen der großen Irrenanstalten, wie gerade *Simon* immer wieder zu allgemeiner Bewunderung gezeigt hat, eine große soziologisch-pädagogische Erfindung darstellt, ist aber leider in der Klinik bis auf weiteres nur in dem beschränkten Umfange durchführbar, wie etwa die »Heimarbeit« einer Familie gegenüber dem Betrieb einer größeren Fabrik.

So dringend erwünscht es grundsätzlich also ist, daß auch die Klinik *Simons* psychagogische Methode zu der entscheidenden Behandlungsart aller Kranken erhebt, die nicht gerade körper-

lichen Kuren, wie etwa der Malariabehandlung, zu unterziehen sind, so muß derzeit bedauerlicherweise festgestellt werden, daß dies erst dann möglich sein wird, wenn die bislang bestehenden wirtschaftlichen, finanztechnischen und sonstigen Hindernisse, auf welche ich hier nur kurz hingewiesen habe, beseitigt sind. Dies aber setzt grundlegende Änderungen oder Ergänzungen der ganzen Organisation der Kliniken voraus.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

56. Jahresversammlung Südwestdeutscher Psychiater in Gemeinschaft mit der diesjährigen Versammlung des Vereins bayerischer Psychiater am 21. u. 22. Oktober 1933 im Luitpoldhaus zu Nürnberg.

Teilnehmerliste: *Ast*-Eglfing, *Bartscher*-Kiedrich, *Beetz*-Stuttgart, *Belgrad*-Nürnberg, *Beringer*-München, *Bott*-Bamberg, *Bornebusch*-Ansbach, *Bodechtel*-Erlangen, *v. Braunmühl*-Eglfing, *Brühl*-Offenbach, *Brühmeyer*-Karlsruhe, *Caselmann*-Erlangen, *Dodel*-Nürnberg, *Eichler*-Düsseldorf, *Enders*-Ulm, *Enke*-Marburg, *Entres*-Werneck, *Ernst*-Tübingen, *Ewald*-Greifswald, *Faas*-Kutzenberg, *Faltlhauser*-Kaufbeuren, *Fischer*-Wiesloch, *Frank*-Nürnberg, *Fünfgeld*-Frankfurt, *Fürnrohr*-Nürnberg, *Gaupp*-Tübingen, *Glatzel*-Göppingen, *Grimm*-Erlangen, *Grimm*-Landau, *Grünbaum*-Nürnberg, *Gückel*-Nürnberg, *Hauck*-Erlangen, *Heene*-Homburg, *Heuler*-Nürnberg, *Heyde*-Würzburg, *Höltzel*-Eglfing, *v. Hößlin*-Ansbach, *Hussel*-Ansbach, *Jancke*-Bern, *Kihn*-Erlangen, *Klaesi*-Bern, *Kleist*-Frankfurt, *Koch*-Schussenried, *Kunz*-Nürnberg, *Leonhard*-Gabersee, *Mauz*-Marburg, *Mayr*-Günzburg, *Müller*-Erlangen, *Oppermann*-Erlangen, *Ottmann*-Werneck, *Pfannmüller*-Kaufbeuren, *Pönitz*-Halle, *de Ponte*-Stuttgart, *Pratje*-Erlangen, *Prießmann*-Erlangen, *v. Rad*-Nürnberg, *Reichardt*-Würzburg, *Reinhardt*-Erlangen, *Resch*-Frankenthal, *Ritter*-Tübingen, *Rösch*-Eglfing, *Rüger*-Nürnberg, *Sandner*-Nürnberg, *Schabel*-Ludwigsburg, *Schapfl*-Mainkofen, *Schnitzer*-Stuttgart, *Kurt Schneider*-München, *Schottky*-München, *Schulz*-München, *Schuch*-Erlangen, *Schwarz*-Bayreuth, *Schwarz*-Idstein, *Spatz*-München, *Specht*-Erlangen, *Sighart*-Günzburg, *Stauder*-München, *Steger*-München, *Steinmeier*-Nürnberg, *Stöckle*-Lohr, *Utz*-Gabersee, *Veit*-Offenbach, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vogel*-Nürnberg, *Wagner*-Luzern, *Werner*-Winnental, *Wittmann*-Ansbach, *Wilhelmy*-Bonn, *v. Witzleben*-Kreischa, *Wolff*-Katzenellenbogen, *Wolff-Lühr*-Katzenellenbogen u. a. m.

v. Rad-Nürnberg eröffnet mit einer Begrüßungsansprache als Geschäftsführer die Tagung. Namens der Erlanger Klinik spricht *Specht* einige Worte der Begrüßung.

Vormittagssitzung vom 21. Oktober 1933. Vorsitzender: *Specht*-Erlangen.

Ewald-Greifswald: Aufbau der Persönlichkeit unter verschiedenen Aspekten (erscheint im »Nervenarzt«).

Fischer-Wiesloch: Daseinsdeutung und Persönlichkeitsaufbau in der Psychiatrie (erscheint in irgendeiner der Fachzeitschriften).

Enke-Marburg: Die Persönlichkeitsradikale, ihre soziologische und erbbiologische Bedeutung.

Unter Konstitution verstehen wir die Gesamtheit aller seelischen und körperlichen Eigenschaften eines Menschen, die auf Vererbung beruhen, also genotypisch verankert sind. Mit Persönlichkeitsradikal hin-

gegen meinen wir die einzelne, elementare, d. h. für uns nicht mehr weiter zerlegbare Disposition oder Reaktionsneigung, die typische, immer wiederkehrende Beziehungen zu bestimmten körperlichen Eigenschaften hat. Das Radikal ist also noch keine fertige komplexe Charaktereigenschaft, wie Treue, Edelmut, Geiz usw., sondern eine in der Anlage begründete primäre Reaktionsweise des gesamten Organismus und damit der Konstitution im chemisch-humoralen Sinne. Die Summe aller Radikale in einer Person bilden aber in ihrer Gesamtheit den anlagemäßigen Kern einer Persönlichkeit, auf dem sich die durch die Umwelt geformte phänotypische Persönlichkeit aufbaut. Gestatten Sie mir, nun in großen Zügen die Bedeutung dieser Persönlichkeitsradikale für die soziologische und für die Erbforschung darzulegen. Ich möchte Ihnen zeigen, daß wir mit dem methodischen Nachweis einer Reihe primärer elementarer Anlagefaktoren erstens einen Weg haben, auch die komplexen Persönlichkeits- und Begabungsunterschiede und die soziologischen Auswirkungen einer Persönlichkeit auf ganz bestimmte, elementare Dispositionen zurückführen, oder, was soziologisch vielleicht noch wichtiger ist, aus den elementaren Dispositionen die Richtung des jeweiligen Persönlichkeits- oder Begabungstypes eines Menschen bestimmen zu können.

Zweitens aber soll damit auch ein Weg zur Auffindung und Bestimmung normaler seelischer Erbanlagen gezeigt werden, die für das Problem der Förderung des positiven Erbgutes ja von größter Bedeutung sind. Für die Zwecke der Eugenik ist zwar die Möglichkeit der Ausschaltung des negativen, also minderwertigen Erbgutes, d. h. der Ausschaltung körperlicher wie seelischer vererbbarer krankhafter Eigenschaften, wie etwa die des angeborenen Schwachsinnes, wissenschaftlich praktisch weitgehend gegeben. — Noch voller Probleme ist aber die Frage, wie das positive Erbgut, wie die normalen seelischen Erbanlagen zu erkennen und rationell zu fördern sind. Zur Lösung dieses Problems ist aber eine wesentliche Voraussetzung, daß der Erbforschung die Möglichkeit gegeben wird zur exakten meßbaren Erfassung psychischer Erbeinheiten, die sie zum Gegenstand erbbiologischer Untersuchung machen und dann für die positive Erbpflege verwerten kann.

Zu diesen Zwecken genügt es natürlich nicht, daß wir durch Selbstschilderungen oder durch objektiv beschreibende Beobachtungen an großen Serien von Menschen verschiedene typologische Grundverhaltungsweisen kennen und dann zu klassifizieren vermögen. Sondern es ist unbedingt erforderlich, daß wir diese Radikale nicht nur beschreiben und theoretisch isolieren, sondern auch möglichst exakt messen können. Denn nur dann ist es der Erbforschung möglich, durch vergleichende Messungen an Zwillingen, an Eltern, Kindern und weiteren Verwandten den Erbgang eines Radikales zu verfolgen und zu bestimmen.

Wie überall da, wo exakte biologische Untersuchungen angestrebt werden, diente auch uns zur Auffindung der primären, elementaren Anlagefaktoren, der Radikale, das Experiment, und zwar im Zusammenhang mit der genauen Körperbaubestimmung des jeweils untersuchten Menschen.

Die Beschaffenheit eines solchen Experiments verlangt ganz bestimmte Bedingungen.

Es ist selbstverständlich, daß ein Versuch, mit dem man tatsächlich die erstrebten elementaren Reaktionsneigungen erhalten will, nicht ein-

fach genug sein kann. Die Versuchsanordnung muß in jedem Falle so gestaltet sein, daß sie bei der Vp. Ausführungen oder Reaktionen auslöst, die möglichst keine oder wenige Milieueinflüsse enthalten, wie etwa Übung, Bildungs- oder Intelligenzgrad. Mit anderen Worten, die experimentelle Aufgabe muß so voraussetzungslos wie nur möglich an die Vp. herangehen, muß so einfach sein, daß sie von jedem Menschen ohne weiteres ausgeführt werden kann, und so neutral, daß die Ausführung voll und ganz der besonderen Eigenart der Vp. überlassen ist.

Wie diese Versuche ausgeführt werden, die sich sowohl auf sinnes- und denkpsychologische, wie auch auf psychomotorische und affektive Verhaltungsweisen erstrecken, habe ich andernorts ausführlich geschildert, so daß ich auf ihre Beschreibung hier bei der Kürze der Zeit verzichten kann.

Nur auf einige ihrer Ergebnisse möchte ich kurz eingehen:

In einem Tachystoskopversuch z. B. in dem die Vp. ein ihr vor dem Versuch unbekanntes langes ungewöhnliches Wort, wie etwa das Wort »Eiswasserbehälter« oder »Tischweinvertrieb« in zehn aufeinanderfolgenden kurzen Expositionen zu entziffern hat, ist das Vorgehen der einzelnen Vps. ein durchaus verschiedenes, aber konstitutionstypisches. Wir können nämlich ein analytisches Vorgehen von einem synthetischen unterscheiden.

Das analysierende Vorgehen erfolgt so, daß die Vp. bei diesem Experiment ihre Aufmerksamkeit jeweils nur auf ein kleines Stück des eben Gebotenen konzentriert. Es muß ihr anlagemäßig relativ leicht fallen, alle übrigen Sinneseindrücke so gut wie völlig zu abstrahieren. Derjenige, der während des Wahrnehmungsaktes gut abstrahieren kann, hat auch den Gesamteindruck gut in seine Einzelkomponenten zu spalten vermocht. Die Fähigkeit zur Abstraktion beruht also in erster Linie auf einer guten Spaltungsfähigkeit, auf der Fähigkeit zur Bildung getrennter Teilintentionen innerhalb eines Bewußtseinsablaufes. Bei den verschiedensten Versuchen sehen wir, daß diese Fähigkeit vorwiegend dem leptosomen und in abgeschwächtem Maße dem athletischen Konstitutionstyp eigen ist. Die Spaltungsfähigkeit dürfen wir damit als einen elementaren, konstitutionsgebundenen Faktor, als ein Persönlichkeitsradikal ansehen. Zusammen mit anderen Versuchen erweist sich diese Spaltungsfähigkeit als ein Radikal, das die Grundlage bildet für eine große Reihe komplexer seelischer Eigenschaften und soziologischer Verhaltungsweisen, die namentlich für die Unterschiede menschlicher Intellekt- und Begabungsformen von ausschlaggebender Bedeutung ist. — In engem Zusammenhang mit der Spaltungsfähigkeit steht das Radikal der Perseverationsneigung, das sich in denkpsychologischen Experimenten sehr charakteristisch nachweisen läßt. Ich werde darauf später ausführlicher zurückkommen.

Andere Aufmerksamkeitsversuche, und zwar bezüglich der Veranlagung zu einer stärkeren Farb- oder stärkeren Formenempfindlichkeit decken die Persönlichkeitsradikale auf, die besonders für die Art und Weise ästhetischen und künstlerischen Empfindens und Wirkens von großer Bedeutung sind. —

Auch auf psychomotorischem Gebiet lassen sich eindeutige elementare Reaktionsneigungen im Zusammenhange mit der Gesamtkonstitution experimentell nachweisen. So ist, um nur das Wichtigste zu nennen, z. B. ein sehr

charakteristisches Grundradikal das psychomotorische Tempo oder das Eigentempo einer Persönlichkeit. Es ist das die Geschwindigkeit, in der gleichmäßige Bewegungen bei dem einzelnen Individuum ablaufen. Wir sehen im Experiment, daß das Eigentempo sowohl bei einfachen Klopfversuchen wie bei Versuchen am Ergographen bei den Pyknikern ein wesentlich langsameres ist als bei den Athletikern und Leptosomen. Aber auch der Ablauf der Bewegungskurve erweist sich als erbmäßig und konstitutionell bedingt. Das Bewegungsbild, d. h. eben der Ablauf der einzelnen Bewegungskurven, ist bei der pyknischen Konstitutionsgruppe wesentlich vielgestaltiger, ungebundener und ungleichmäßiger als bei den Athletikern und Leptosomen. Letztere neigen bei ganz einfachen und gleichmäßigen Bewegungen zu einer außerordentlichen Gleichförmigkeit im Bewegungsablauf, zu einer Mechanisierung ihrer Bewegungen, die bis zur Automatisierung und Stereotypisierung führt. — Läßt man nun beide Hände zwei verschiedenartige gleichförmige Bewegungen machen, so ändert sich zwar nichts an den eben erwähnten Radikalen des Tempos und des Bewegungsablaufes, aber wir können dann auch auf psychomotorischem Gebiet das Radikal der Spaltungsfähigkeit korrelierend mit der schizothymen Konstitutionsgruppe feststellen. — Auch bezüglich der gesamten psychomotorischen Begabung lassen sich charakteristische Persönlichkeitsradikale nachweisen, auf die ich aber bei der Kürze der Zeit nicht näher eingehen kann.

Bei Versuchen an der Schriftdruckwage ergeben sich ferner Persönlichkeitsradikale auf affektiv-willensmäßigem Gebiet. Es läßt sich bei den Leptosomen im Gegensatz zu den Pyknikern eine starke Neigung zu anhaltenden innerseelischen Spannungen und Verkrampfungen nachweisen. Diese konstitutionell bedingte affektive Verschiedenheit zeigt sich noch eindeutiger im psychogalvanischen Experiment. Die affektive Innenerregbarkeit im Sinne der nervösen oder sensiblen Temperamentsanteile einer Persönlichkeit erweist sich als ein sehr wichtiges Persönlichkeitsradikal bei den schizothymen Konstitutionsgruppen. Ferner ist bei diesen die Dauer der affektiven Spannung gewöhnlich derart lang, daß wir auch hier geradezu von einer Verkrampfung sprechen können oder in Analogie in den denkpsychologischen Ergebnissen bei den Schizothymen von einer affektiven Perseveration.

Sie sehen also, daß sich manche Persönlichkeitsradikale auf ganz verschiedenen Gebieten wieder finden, stets aber in der gleichen konstitutionellen Affinität. Wir finden z. B. die Spaltungsfähigkeit sowohl auf denkpsychologischem Gebiet wie auch auf psychomotorischem als ein Radikal, das besonders für die schizothymen Konstitutionsgruppen charakteristisch ist. Gleichfalls finden sich auf affektivem, denkpsychologischem und auf psychomotorischem Gebiet das Radikal der Perseveration vornehmlich gebunden an den schizothymen Konstitutionskreis.

Keineswegs ist es aber nun so, daß es sich bei der Spaltungsfähigkeit und bei den Perseverationstendenzen auf den verschiedenen psychischen Gebieten um innerlich zusammenhanglose Erscheinungen handelt, denen nur willkürlich dieselben Bezeichnungen zuteil geworden sind. — Daß hier vielmehr tiefe innere psychologische Zusammenhänge und gesetzmäßige Beziehungen der einzelnen Radikale untereinander bestehen, läßt sich gleichfalls experimentell erhärten. So geht die Perseverationsneigung, die unwillkürliche Tendenz zum zähen Festhalten einer einmal eingenommenen Intention

im Experiment gewöhnlich Hand in Hand mit einer geringen Ablenkung durch Störungsreize, bzw. mit der Fähigkeit, nicht zugehörige Reize völlig abzuspalten, so daß sie ohne störenden Einfluß auf den von der Vp. eingeschlagenen Bewußtseinsablauf sind. Daß wir aber beide Verhaltungsweisen, Perseveration und Spaltungsfähigkeit, bei ein und derselben Konstitutionsgruppe antreffen, erscheint um so weniger zufällig, wenn man bedenkt, daß die Fähigkeit, eine bestimmte Intention festzuhalten, die Fähigkeit, konkurrierende Intention abzuspalten, zwangsläufig in sich schließen muß. Spaltungs- und Beharrungsvermögen sind zwei Radikale grundlegendster Art für den Persönlichkeitsaufbau. Sie sind sowohl für die intellektuelle wie für die ethisch-willensmäßige Struktur einer Persönlichkeit und ihrer soziologischen Auswirkung von größter Bedeutung. Sie bilden im Verein mit den psychomotorischen Radikalen wichtige Faktoren für die individuelle Stetigkeit oder Beweglichkeit. Auf ihnen baut sich auf die Art und Weise der geistigen Aufnahmefähigkeit, die geistige wie motorische Einseitigkeit oder Vielseitigkeit, Großzügigkeit, Oberflächlichkeit und Leichtsinn einerseits, Gründlichkeit, Beharrlichkeit und Pedanterie sowie Konzentrationsfähigkeit und Energie andererseits.

Daß aber in den eben erwähnten soziologischen Auswirkungen einer Persönlichkeit auch das affektive Moment eine wesentliche Rolle spielen muß, ist jedem Erfahrenen ohne weiteres klar. Auch die affektive, anlagemäßige Disposition einer Persönlichkeit läßt sich experimentell in wesentlichen Punkten erfassen, und zwar mit Hilfe des Psychogalvanometers nach *Veraguth*. Ganz entsprechend den Versuchsergebnissen anderer Autoren mit anderen Methoden stellte sich bei unseren Versuchen am Psychogalvanometer heraus, daß die Schizothymen im allgemeinen zu einer stärkeren und nachhaltigeren bzw. nervösen Gespanntheit oder Innenerregbarkeit neigen. Wir können sogar als Regel aufstellen:

Je stärker das Radikal der affektiven Innenerregbarkeit ist, um so stärker ist gewöhnlich auch das Radikal der affektiven und assoziativen Perseveration nachweisbar.

So erweisen sich die experimentell feststellbaren Persönlichkeitsradikale, auf welchem Gebiete sie auch sein mögen, gerade an dem Beispiel der Affektivität nicht etwa als isolierte, untereinander zusammenhanglose Einzelmerkmale, sondern sie haben alle Bezug auf den Gesamtaufbau der Persönlichkeit und deuten auf eine sinnvoll arbeitende, erbmäßig begründete Ganzheit aller seelischen und körperlichen Vorgänge hin.

Um die Bedeutung dieser typischen Beziehungen zwischen Körper und Seele in soziologischer Hinsicht zu beleuchten, gestatten Sie mir einen kurzen Hinweis auf ein Betätigungsgebiet, das heute besonderes Interesse genießt, auf den Sport. Statistische Erhebungen (*Zerbes* u. a.) ergaben, daß die Pykniker entsprechend ihrem Körperbau und ihrer Temperamentsart sich lieber an leichtem Sport mit vorwiegend gemächlicher Bewegungsart, z. B. Schwimmen und Rudern beteiligen, die Leptosomen dagegen gern Zähigkeits- und Ausdauer- sowie Schnelligkeitshöchstleistungen vollbringen. Die Leptosomen finden sich vorwiegend unter Langstrecken- und Schnellläufern, unter den Rekordmachern überhaupt.

Die in diesen Beobachtungen liegende praktische Bestätigung der experimentellen Ergebnisse liegt auf der Hand. Das schnelle Eigentempo des Leptosomen im Verein mit seinem lang- und schlankgliedrigen Körper-

bau macht ihn zum Schnelläufer, seine affektive Beharrlichkeit, die sich uns in der Perseverationsneigung darstellt, und seine gleichfalls im Experiment nachweisbare Toleranz gegen die Vitalgefühle, wie Hunger, Durst, Schmerzen, Kälte u. a. läßt ihn Streckenläufe und anstrengende Sportwettkämpfe durchhalten. Seine innerseelische Gespanntheit endlich macht ihn zum Wettkämpfer, zum Rekordmacher als solchen. Der gemächlichere, gemütlichere Pykniker hingegen kennt den Rekordehrgeiz weniger und seinem naiveren Gesamtcharakter entsprechend, genießt er mehr die reine Freude am Sport als Spiel und Erholung, sofern ihn nicht hypomanische Komponenten zu Rekordleistungen anstacheln. — Es soll nun damit nicht gesagt sein, daß die von uns festgestellten Persönlichkeitsradikale in allen Fällen abhängig sind von dem Konstitutionstyp, bei dem wir sie prozentual am häufigsten finden. Als einzelne Erbmerkmale werden sie sich natürlich in den verschiedensten Kombinationen und Überschneidungen bei den einzelnen Individuen vorfinden, je nach der Verschiedenheit und Wertigkeit der elterlichen Gene.

Aber, wird man fragen müssen, wodurch ist es überhaupt erwiesen, daß die eben erwähnten Persönlichkeitsradikale wirklich auch das primär bestimmende für die späteren soziologischen Verhaltungsweisen der Persönlichkeit sind? Dürfte nicht gerade das Beispiel der sportlichen Betätigung sehr zu denken geben, ob hier nicht die Umwelt, der Zeitgeist der maßgeblichere Faktor ist und vornehmlich aus ihm heraus die Persönlichkeit so gestaltet wird, wie wir sie dann sehen und wie sie auf uns wirkte? — Wie wollen wir mit Sicherheit sagen können, daß ein unbestimmtes psychomotorisches Verhalten in erster Linie durch die von uns angegebene elementare Disposition, also letzten Endes primär anlagebedingt und nicht hauptsächlich milieubedingt ist? Wie können wir beweisen, daß die Reaktionsneigungen, die wir lediglich auf Grund ihrer Korrelation zu den Konstitutionstypen als erbmäßig festgelegte Persönlichkeitsradikale bezeichnen, in der Tat primäre Erbmerkmale sind und nicht etwa schon durch Umwelteinwirkungen veränderte Reaktionen? Denn alles, was wir experimentell tun, geschieht ja doch an der fertigen, mit der Umwelt schon seit vielen Jahren in Berührung gekommenen und dadurch abgewandelten Persönlichkeit? — Der eine Weg hierzu, den wir teilweise auch bereits eingeschlagen haben, ist der, daß wir, nachdem wir die von uns experimentell gefundenen Radikale festgestellt haben, dann in neuen Experimenten bewußt den Übergangsfaktor einschalten. D. h. wir stellen komplexere Versuchsaufgaben, die die Radikale enthalten, und wir prüfen nach, wieweit bei den einzelnen Vpn. durch Übung die in dem Versuch geforderte Leistung gesteigert werden kann bzw. inwieweit sich bei diesen Versuchen das Radikal in der Tat als umweltstabil erweist. Da sich aber aber derartige Versuche stets nur auf einzelne faßbare Faktoren, nicht aber auf die Gesamtheit aller Milieueinflüsse stützen können, so sind ihre Ergebnisse natürlich auch nicht endgültig beweisend.

Hier kann nun aber mit mehr Erfolg die Erbforschung als solche einsetzen und die von uns aufgestellten Radikale nicht nur auf ihre Erbechtheit, sondern auch, falls diese besteht, weiterhin auf ihren besonderen Erbgang nachprüfen. Die Konstitutionsforschung kann hier in geradezu idealer Weise von der Erbforschung abgelöst werden. Erfolgversprechende Ansätze hierzu sind erfreulicherweise schon gemacht. Am Kaiser-Wilhelm-

institut in Berlin-Dahlem hat es, wie vielen von Ihnen bekannt sein dürfte, *Frischeisen-Köhler* unternommen, mittels der Zwillingsmethode nachzuprüfen, inwieweit das persönliche Tempo, das sich mit dem von uns aufgestellten Begriff des Eigentempos vollständig deckt, mehr umwelt- oder mehr anlagebedingt ist. Der Autorin ist der Nachweis gelungen, daß es sich bei dem persönlichen Tempo in der Tat um ein Erbmerkmal handelt. — Um nur auf das Wesentliche einzugehen: Sie fand, daß das persönliche Tempo bei eineiigen Zwillingen in seiner Variabilität nicht größer ist als bei ein und derselben Person, während die Variabilität bei zweieiigen Zwillingen derjenigen von Geschwistern entspricht. Das erstere Resultat muß zwangsläufig zurückgeführt werden auf die bei den eineiigen Zwillingen gleiche Erbanlage, das zweite Ergebnis auf die bei den zweieiigen Zwillingen erbverschiedenen Anlagen für das persönliche Tempo. Bei den Untersuchungen des Erbganges des persönlichen Tempos an Eltern- und Ge-Geschwistergeneration ließen sich ferner gesetzmäßige Übereinstimmungen nachweisen, die bereits die Hypothese einer mendelistischen Vererbung zuläßt, und zwar eine auf homomeren Allelenreihen beruhende.

Dies eine Beispiel mag genügen, um zu zeigen, daß die im typenpsychologischen Experiment aufgefundenen Persönlichkeitsradikale in der Tat die Unterlagen abgeben können, mit den vererbungswissenschaftlichen Methoden endlich auch für gesunde seelische Eigenschaften sowohl den Nachweis ihrer Vererbbarkeit zu erbringen, als auch ihren Erbgang zu verfolgen. Damit aber bilden die Persönlichkeitsradikale auch eine wesentliche wissenschaftliche Voraussetzung für die positive Erbauslese und dürften auch praktische soziologische Bedeutung für die Erbpflege und Rassenhygiene überhaupt gewinnen.

Diskussion: *Gaupp*-Tübingen verteidigt gegenüber *Specht*-Erlangen die historische Bedeutung der *Kraepelin*schen experimentellen Psychologie für die Neugestaltung experimenteller Untersuchungen bei der Persönlichkeitserforschung.

Hellpach-Heidelberg: Der völkische Aufbau des Gesichts.

Der Physiognomiker *Lavater* hat die »Naturgeschichte der Nationalgesichter« geradezu einen der »tiefsten und ewigsten Gründe aller Physiognomik« genannt. Leider ist in den 150 Jahren seither diese Naturgeschichte recht wenig wissenschaftlich vorangekommen. Wahrscheinlich ist die moderne Nation ein zu verwickelter Tatbestand, um an ihr solche Forschungen einzuleiten. Der Vortragende hat darum seine Bemühungen auf das einfachere Element der Völker, die Stämme, gerichtet, die das »völkische Urphänomen« der Menschheit bilden. Vor über 30 Jahren ging ihm als jungem Arzt zum ersten Male bei einem Manöverritt im Thüringerwald die Verschiedenheit von thüringischen und fränkischen Gesichtern auf; aber erst seit 15 Jahren konnte er sich der planmäßigen Bearbeitung dieser Fragen zuwenden. Ihre bisherigen Ergebnisse liegen in Sitzungsberichten der Heidelberger Akademie der Wissenschaften (1921, 1925, 1931) sowie im Entwurf einer deutschen »physiognomischen Landkarte« (Gesichterlandkarte) vor, die Karte zeigt der Vortr. während seiner Ausführungen. Auf ihr teilt ein »ostischer Meridian«, der über Köslin, Görlitz, Linz zieht, das deutsche Volkstumsgebiet in zwei Hälften. Östlich von dieser Linie erscheint das »ostische Gesicht«, eine die Stämme, ja die Völker, ja vielleicht sogar Rassen übergreifende physiognomische Eigenart, deren formende

Kräfte noch ganz im Dunkel liegen; sie ist in Mitteleuropa unter den Namen »böhmisches«, »wendisches«, »slawisches« Gesicht längst bekannt, obwohl solche Bezeichnungen nur Teilrichtigkeiten enthalten. Westlich des Meridians sind am weitesten aufgehellt die Beschaffenheit und Entstehungsweise der fränkischen und der schwäbischen Gesichtsbildung, die in wichtigen »Zügen« gleichsam Widerparte zueinander darstellen. Sehr schöne Beispiele liefern dafür in ihren Bildnissen einerseits *Dürer*, der große fränkische, andererseits *Thoma* und *Hodler*, die beiden großen alemannischen Maler. Der Vortragende erläutert, wie aus den Mundarten, auch noch der Sprechweise der Hochsprache hier und dort, sowie aus dem besonderen »Gau-Temperament« sich die Formungen ergeben, welche in erster Linie an der Mundpartie sich vollziehen, von dort her aber auch Wangen und Nasenmodellierung in Mitleidenschaft ziehen. Die formenden Kräfte des fränkischen Gesichts lassen sich besonders klar verdeutlichen an der rheinischen Mimik, an der man sie gleichsam in ihrer Werkstatt belauscht. Im niedersächsischen Gebiet findet sich zwischen west- und ostfälisch ein fundamentaler Unterschied der Gesichterbildung, welcher dem Unterschied des gesamten Sprechstils dieser zwei Zweige eines Großstammes entspricht. Das ostfälische Gesicht, meist von nordischem Grundtypus, hat seine Vorherrschaft in einem Dreieck, das Hannover mit Magdeburg und Lüneburg verbindet; das westfälische in einem Keil, dessen Spitze etwa bei Arnsberg liegt, während seine Seiten nach Dortmund und nach Osnabrück ausstrahlen. Die Herrschaft des fränkischen Gesichts gruppiert sich um ein Linienkreuz Düsseldorf-Mannheim und Nürnberg-Kaiserslautern, die des schwäbischen um ein Linienkreuz Augsburg-Bern und Stuttgart-Konstanz. »Dunkler Erdteil« ist gesichtlich noch das eigentliche Thüringen; auch am obersächsischen und bayrischen Gesicht ist noch reichliche aufhellende Arbeit zu leisten. Durch einen überwältigenden Anähnelungsprozeß, den immer wieder die Ansässigen an den Zuwandernden vollziehen, modeln Sprechweise und Gauwesensart (Gau-Gebaren) die Gesichter der jungen Generationen stammesgemäß zurecht, nur so ist es ja verständlich, daß unsere Riesenstädte von heute (ein Hamburg, Köln, Dortmund, Chemnitz, Nürnberg usw.) trotzdem ihr Stammesgepräge als niedersächsische, obersächsische, rheinische, fränkische Städte so erstaunlich bewahren konnten. — Der Vortr. wies am Schluß darauf hin, daß die Erkenntnis der gestaltenden Kräfte des Menschenantlitzes wesentliche Beiträge auch zur »Wohlartung«, zum eugenischen Bemühen, zu leisten imstande sei. Auch das völkische Gesicht ist ein Ergebnis von Blut und Boden, Sprache und Sitte. Und diese vier Mächte der Menschenformung harren jede des Willens, der sie ergreift und zum besten des Volkstums einsetzt. Ernsten Willens verläßlichste Dienerin aber ist gründliches Wissen. Es sichert uns den allerwichtigsten Teil der Naturbeherrschung, die Herrschaft über den Menschen selber.

Mauz-Marburg: Grundsätzliches zur Psychotherapie. (Erscheint im »Nervenarzt«.)

Nachmittagssitzung vom 21. Oktober 1933. Vorsitzender: *Gaupp*-Tübingen.

Fünfgeld-Frankfurt: Akute, diagnostisch umstrittene Psychosen und die Frage der schizoiden Reaktion.

Das manisch-depressive Irresein ist nicht die einzige Form, unter

der sich phasisch verlaufende Geistesstörungen abspielen können. Neben dem manischen und melancholischen Syndrom finden sich Syndromtypen anderer Art, die nur entfernte Verwandtschaft mit dem zirkulären Irresein aufweisen. Es sind, um nur einige anzuführen, die Verwirrtheiten und Motilitätspsychosen, die Hypochondrie und die phantastische Verwirrtheit, die Angstpsychosen, die Eingebungspsychosen, periodisch verlaufende Halluzinosen und Beziehungspsychosen. Von diesen Typen werden Stammbäume gezeigt, die gelegentlich Beziehungen zum zirkulären Irresein aufweisen, vor allem aber das Auftreten ähnlicher Syndrome in der Blutsverwandtschaft zeigen. Der Begriff der schizoiden Reaktionen wird abgelehnt. In kurzer Übersicht wird gezeigt, daß in der Literatur die verschiedenartigsten Krankheitsbilder unter dieser Bezeichnung laufen. (Der Vortrag erscheint ausführlich anderen Orts.) Eigenbericht.

Diskussion: *Kleist*-Frankfurt: Der Vortrag des Herrn Fünfgeld zeigt, daß an der Frankfurter Klinik in der durch meine früheren Arbeiten vorgezeichneten Richtung erfolgreich weitergearbeitet worden ist. Besonders wichtig erscheint der Nachweis weiterer Fälle von familiärem Auftreten und von gleichartiger Vererbung atypischer Psychosen. Gründlichere Erforschung der Klinik und der Erblichkeit dieser Erkrankung, auch am Material anderer Kliniken und Anstalten wäre sehr erwünscht. Wie ich schon früher ausführte, besitzen Kranke mit Verwirrtheiten und Motilitätspsychosen vielfach auch eine besondere präpsychotische seelische Verfassung. Persönlichkeiten, die zu Verwirrtheiten neigen, haben häufig schon in gesunden Tagen ein phantasievolles, träumerisches Wesen und häufig künstlerische Begabung. Bei Motilitätspsychosen findet man ähnliches, besonders schauspielerische Begabung und ein bald besonders bewegliches oder auch täppisches und plumpes Wesen. Zwei der von Herrn Fünfgeld erwähnten Fälle zeigen eindringlich die praktische Bedeutung der richtigen Erkennung dieser Erkrankungen. In einem Falle handelte es sich um die Frau eines Gymnasialprofessors, der seinen Sohn und einziges Kind als Kriegsfreiwilligen im August 1914 verloren hatte; die Frau war im Anschluß daran erkrankt. Im anderen Falle waren zwei von drei Kindern eines Arztes erkrankt. Die Diagnose der Schizophrenie und die damit verbundene Prognose der Verblödung war hier für den Vater, dort für den Gatten vernichtend. Ich konnte mit der Voraussage eines günstigen Ausgangs die Verzweifelten aufrichten.

Gaupp-Tübingen anerkennt durchaus den Wert einer exakten Erfassung der einzelnen Syndrome, glaubt aber nicht, daß es zweckmäßig ist, darüber die Zusammenfassung innerlich verwandter Bilder zu größeren Gruppen zu vernachlässigen. Die Natur muß hier immer die Lehrmeisterin sein. Sie zeigt, daß ein und derselbe Kranke bei wiederholten Anfällen seines Leidens Zustandsbilder aufweisen kann, die je nach dem Vorherrschen der einzelnen oder anderen Symptomgruppe nach der Frankfurter Klassifikation ganz verschiedene Namen bekommen würden. *Gaupp* weist zum Beispiel auf den von ihm neuerdings beschriebenen Naturforscher *Robert Mayer* hin, der im Laufe von über vier Jahrzehnten die verschiedenartigsten Krankheitsbilder aufgewiesen hat, bald melancholisch, bald mehr akinetisch, bald heiter-manisch, bald zornmütig-paranoid, bald verwirrt-tobsüchtig, bald angstvoll-hypochondrisch war. Es hätte aber keinen Sinn von *Robert Mayer* zu sagen, er habe viele Krankheiten nacheinander gehabt. Er litt an manisch-depressivem Irre-

sein und die einzelnen Phasen seines Leidens waren symptomatologisch sehr verschiedenartig, wobei sowohl die Stärke der einzelnen Anfälle als auch das Lebensalter des Kranken als endlich auch ein reaktives Moment ursächlich mitwirkten. *Gaupp* meint, daß das Verdienst der Frankfurter Schule namentlich darin liege, immer wieder darauf hinzuweisen, daß es im Reiche der funktionellen Psychosen außer Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein noch andere Krankheitszustände gäbe.

Kleist-Frankfurt: Der Funktionsplan der Großhirnrinde (erscheint in der »Allg. Zeitschrift für Psychiatrie«).

Diskussion: *Spatz*-München: Die Wesensveränderung ist besonders deutlich bei der Pickschen Krankheit; tatsächlich erweist sich hier der orbitale Teil des Stirnhirnes besonders stark betroffen, manchmal geradezu elektiv. — Die architektonische Forschungsrichtung hat bisher keine Erklärung für die verschiedene funktionelle Wertigkeit der beiden Hemisphären erbracht. Daß im Endhirn das Substrat für motorische Funktionen an ganz verschieden zerstreuten Örtlichkeiten zu suchen sein soll, ist erstaunlich, wenn man bedenkt, daß in anderen Abschnitten des Zentralorgans eine Sonderung der motorischen Gebiete nachweisbar ist, die mit der embryonalen Gliederung (Grundplatte-Flügelplatte) zusammenhängt. Freilich wissen wir, daß das Endhirn in jeglicher Hinsicht komplizierter und weniger durchsichtig gebaut ist, als Rückenmark und Hirnstamm.

Fünfgeld-Frankfurt: Funktionelle Verschiedenheiten zwischen den beiden Hemisphären lassen sich aus der oft beobachteten Tatsache erschließen, daß bei organischen Hirnerkrankungen, vor allem Alzheimerscher und Pickscher Krankheit die linke Hemisphäre in sehr viel erheblicherem Grade atrophisch erscheint als die rechte.

Schlußwort: *Kleist*: Zu den Bemerkungen von Herrn *Spatz*: Die Architektonik der linken Hemisphäre ist allerdings nach den bisher vorliegenden Feststellungen die gleiche wie die der rechten. Die funktionelle Höherwertigkeit der linken Hemisphäre beruht wahrscheinlich — nach Untersuchungen von Gans und Riese — auf einer größeren Ausdehnung bzw. einem größeren Windungsreichtum und stärkerer Furchung an der linken Hemisphäre. Auf derartigen Flächenvergrößerungen einzelner Rindengegenden beruht auch die überdurchschnittliche Funktionshöhe bei einseitigen hervorragenden und genialen Begabungen (Untersuchungen von *S. Auerbach, Retzius* und andere). Die mit höheren seelischen Leistungen betrauten »psychischen Zonen« sind nicht — wie Herr *Spatz* meint — wahllos an der Hirnrinde verteilt, sondern vielmehr, wie ich ausgeführt habe, gesetzmäßig angeordnet, indem jeder Sinnessphäre eine Zone höherer seelischer Leistungen zukommt, z. B. für optisches Erkennen im Felde 19 des Hinterhauptslappens (der Sehsphäre), desgleichen für das Erkennen, körperliches Tastbild mit Rechts-Linksorientierung und kinästhetisch geleitetes Handeln in den Feldern 5, 7, 39, 40 des Zentroparietallappens (der Tastsphäre). Wahrscheinlich besitzen auch alle »psychischen Zonen« gewisse gemeinsame bauliche Merkmale, indem bei ihnen die supragranulären, oberen Rindenschichten stärker entfaltet sind.

Spatz-München und *G. J. Stroescu*: Zur Anatomie und Pathologie der Cisternen.

Cisternen sind Erweiterungen der subarachnoidalen Räume, die an solchen Stellen zustande kommen, wo die Arachnoidea besondere Ungleichheiten des Gehirnreliefs zu überbrücken hat. Die Cisternen enthalten Ansamm-

lungen von äußerem Liquor und stehen untereinander sowie mit den Subrachnoidalräumen des Rückenmarks in Kommunikation, während die Subarachnoidalräume außerhalb der Cisternen mit ihnen nur schlecht kommunizieren. Die Verfasser teilen die Cisternen des Gehirns in Umbildung der Einteilung von *Key* und *Retzius* folgendermaßen ein: 1. Die große Cisterna cerebellomedullaris zwischen Medulla oblongata und Kleinhirn; sie enthält reichliche Liquor-Mengen und ist bekanntlich die Stelle der Cisternenpunktion. Hier kommuniziert das System der Cisternen, der Behälter des äußeren Liquors, mit dem System der Ventrikel, der Behälter des inneren Liquors. 2. Die viel seichtere Cisterna ponto-medullaris an der ventralen Oberfläche der Medulla oblongata und Brücke sowie im Kleinhirn-Brückenwinkel; in ihr verläuft die Arteria pontis und hier liegen die Wurzeln der Hirnnerven V—XII. 3. Die breite Cisterna basalis in dem Raum zwischen vorderem Brückenrand und hinterem Chiasmawinkel, dessen seitliche Wände vom Uncus der Schläfenlappen gebildet werden. 4. Die vielgestaltige, dichtmaschige Cisterna fissurae transversae (Bichat) (seu ambiens) zwischen Hirnstamm und Großhirnhemisphären; in dieser Cisterne, welche in hintere Abschnitte der Cisterna basalis einmündet, verläuft die Arteria cerebri posterior und die Vena Galeni magna, mit deren Ursprüngen die Cisterne bis zur Gegend des Foramen Monroi reicht. 5. Die enge Cisterna fissurae lateralis (Sylvii) zwischen Schläfenlappen und Stirnlappen; diese paarig angelegte Cisterne, welche von vorne in die Basalcisterne einmündet, stellt die Verbindung zwischen Basis und Konvexität des Großhirns her und beherbergt die Arteria cerebri media. 6. Die besonders schmale Cisterna interhemisphärica zwischen den beiden Großhirnhemisphären; die Arachnoidea überbrückt basal den schmalen Spalt zwischen den beiden Orbitallappen, um dann in der Gegend des hinteren Randes der Crista galli nach dorsal in die interhemisphärische Spalte hinein abzubiegen, wo sie dem freien Rand der Falx cerebri folgend im Bogen zum hinteren Balkenende absinkt. Diese bisher wenig berücksichtigte Cisterne ist zwar sehr eng, hat aber in den vorderen Teilen eine beträchtliche Tiefe; ihr Boden wird durch den Balken gebildet, sie beherbergt die Arteria cerebri anterior.

So wie die Hauptarterien und Hirnnervenwurzeln in den Cisternen verlaufen, so liegen in ihrem Grunde vielfach besonders lebenswichtige Hirnzentren. Zweifellos kommt den Liquor-Ansammlungen eine schützende Rolle zu. Die Hirnteile im Grunde der Cisternen zeigen niemals die charakteristischen Kontusionsveränderungen beim Trauma so wie sie an den, dem Schädelknochen naheliegenden Rindenpartien vorkommen.

Die Verfasser zeigen an Hand von Diapositiven das Verhalten dieser Cisternen bei raumbeengenden Prozessen der Schädelhöhle. Es kommt dabei besonders auf der Seite der Geschwulst zu einem Vordringen derjenigen Windungen bzw. Windungsabschnitte, welche die Wandungen der Cisternen bilden, also in die Cisternen hineinsehen. Das Resultat kann eine fast vollkommene Ausfüllung der betroffenen Cisternen sein mit völliger Verdrängung des normaler Weise in ihnen vorhandenen Liquors. Der Vorgang steht mit der allgemeinen Hirnschwellung bei Tumoren in Zusammenhang (*Spatz,* Arch. Psychiatr. 88, 790 [1929]). Die Cisternen sind ferner gewissermaßen Orte des geringsten Widerstandes, Stellen, an welchen das in seinem Raum beengte, unter Druck stehende Gehirn noch ausweichen kann, bevor die Dura und der knöcherne Schädel halt gebieten.

An der Cisterna cerebello-medullaris führt der genannte Vorgang zu dem Vordringen der vergrößerten Tonsillen, der Uvula und anschließender Teile des Unterwurms des Kleinhirns, d. i. genau derjenigen Abschnitte, welche zur Wandung der Cisterne gehören. Das Bild, welches dadurch entsteht, ist seit langem bekannt; man findet es am häufigsten bei Tumoren des Kleinhirns (ohne daß die genannten Windungen selber vom Tumor betroffen wären). Weniger bekannt ist die Tatsache, daß bei Tumoren des Großhirns sehr häufig im Gebiet der Basalcisterne in analoger Weise diejenigen Teile des Uncus vorquellen, welche medial von der Ansatzstelle der Arachnoidea an der Impressio tentorii (*Elze*) liegen und also in die Cisterne hineinsehen. Unter Umständen kann dieses Vorquellen des Uncus groteske Formen annehmen und auch normaler Weise ganz tiefliegende Windungsabschnitte werden an die Oberfläche gedrängt. Außerdem kann es zu einem Vorquellen des Tuber cinereum und der Corpora mamillaria in die Cisternen hinein kommen. — Die Cisterna fissurae transversae kann verlagert werden durch ein Vorquellen der in sie hineinsehenden medialen Teile des Gyrus hippocampi, vorderer Abschnitte des Gyrus lingualis und der Windungen hinter dem Balkenende (insbes. des sogen. Isthmus gyri fornicati). Endlich finden sich bei Tumoren der Großhirnhemisphären öfters sehr charakteristische Vorquellungen im Gebiet der Cisterna fissurae interhemisphäricae. Man sieht auf Seite des Tumors eine Vorwölbung des hintersten Abschnittes des Gyrus rectus (in die pars praechiasmatica hinein) und ferner öfters eine Vorwölbung des Gyrus subcallosus mitsamt den oral anschließenden Windungen der medialen Stirnhirnoberfläche sowie vorderer Abschnitte des Gyrus cinguli — soweit die genannten Teile zur Wand der Cisterna interhemisphärica gehören. Abschnitte der medianen Hemisphärenfläche, welche zwar in die interhemisphärische Furche hineinsehen, aber nicht in die Cisterne (sie sind dadurch gekennzeichnet, daß sie seitlich der Falx anliegen) nehmen an diesem Vorquellen keinen Anteil.

Bei länger bestehendem Vorquellen können in den betroffenen Hirnteilen Veränderungen der Struktur histologisch nachweisbar werden. Von praktischer Bedeutung ist besonders das Vorquellen der Tonsillen und ihrer Umgebung in die Cisterna cerebello-medullaris; die suboccipitale Punktion ist in solchen Fällen aussichtslos — abgesehen von den bekanntlich damit verknüpften Gefahren — weil die Cisterne ausgefüllt ist und keinen Liquor mehr enthält. Die Frage, ob die Verquellung bestimmter Hirnteile (Tuber cinereum, Riechrinde) klinische Symptome hervorruft, muß offen gelassen werden. Der Zweck des Vortrags war, zu zeigen, daß man auf dem Gebiet der Hirn-Anatomie und Pathologie noch mit bloßem Auge neue Feststellungen machen kann. Die Tatsache der Vorquellung einzelner Hirnteile bei raumbeengenden Ursachen war zwar teilweise schon bekannt, aber der Zusammenhang dieser Phänomene mit der Ausdehnung der Cisternen und hiermit die Feststellung einer Gesetzmäßigkeit ihres Vorkommens ist neu. Eigenbericht.

Tönnis-Würzburg: Neuere Möglichkeiten der Artdiagnose bei Hirngeschwülsten.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß die technischen Schwierigkeiten, die dem Operateur bei der Behandlung der Hirngeschwülste entgegentreten, nicht so sehr durch den Sitz der Geschwulst, als durch die Art des Tumors bedingt sind. Außerdem gibt die Erkenntnis des biologischen Charakters einer Geschwulst und damit auch ihrer Prognose unserem therapeutischen Handeln eine größere Zweckmäßigkeit. Wir können so unnötige Eingriffe vermeiden

und uns in anderen aussichtsreicheren Fällen für ein radikaleres Vorgehen einrichten, um so in jedem Falle für unsere Kranken das bestmöglichste herauszuholen.

Wie in der allgemeinen Chirurgie weisen auch in der Neurochirurgie langsames Wachstum und spärliche Symptome auf den gutartigen Charakter einer Geschwulst hin. Aber dieser Erfahrungsgrundsatz hat keine allgemeine Gültigkeit, denn neben dem langsamen Wachstum bestimmt vor allem der Grad der Liquorstauung die Schnelligkeit der Zunahme der klinischen Symptome. So können z. B. kleine gutartige Geschwülste in der Umgebung des 4. Ventrikels, Aquäduktes oder dritten Ventrikels eine sehr kurze Krankengeschichte haben.

Neben der Dauer der Vorgeschichte und dem klinischen Bilde ist weiterhin der Sitz der Geschwulst ein guter Anhaltspunkt für die Artdiagnose, da wir durch *Cushing* wissen, daß histologisch gleichartige Geschwülste mit Vorliebe an bestimmten gleichen Stellen angetroffen werden. Ziehen wir hierzu noch in Betracht die verschiedene Häufigkeit der Geschwülste in den einzelnen Lebensaltern, so haben wir damit sehr weitgehende Möglichkeiten, um uns in sehr vielen Fällen schon vor der Operation über die Art des anzutreffenden Tumors ein gutes Bild zu machen.

Ein kurzer Blick auf die folgende Tabelle (Demonstration), die die Verteilung der verschiedenen Geschwulstarten in *Cushing*s Material wiedergibt, ergibt uns folgende wichtige Überlegungen. 35% aller Geschwülste sitzen im Bereich der austretenden Hirnnerven und sind dadurch in ihrer Art, vor allem wenn wir dazu die röntgenologischen Veränderungen hinzunehmen, und das Lebensalter, gut erkennbar. Ihre klinischen Syndrome sind uns gut vertraut.

Größere Schwierigkeiten bereitet uns die Unterscheidung zwischen Gliom, Meningiom und den Blutgefäßgeschwülsten. Hier müssen die Veränderungen am Schädel und das Arteriogramm zurate gezogen werden. Auf beides wird später noch zu sprechen zu kommen sein. Die Unterscheidung zwischen den einzelnen Gliomarten hat praktisch die größte Bedeutung im Bereich des Großhirns. Die akuten malignen Gliome mit ihren im Vergleich zur Kürze der Krankengeschichte schweren psychischen Störungen und den oft plötzlich auftretenden Hemiplegien machen hinsichtlich der Artdiagnose kaum Schwierigkeiten. Auch die Astrozytome, die gutartigsten Gliome, mit ihren oft erstaunlich langen Vorgeschichten und spärlichen Symptomen sind im Bereich des Großhirns gut zu erkennen. Dagegen sind die Erscheinungsformen des Glioblastoma multiforme häufig außerordentlich vieldeutig, so daß wir bei ihnen oft nicht weiter als zu einer auf das Lebensalter begründeten Skepsis bezüglich der Prognose kommen werden. Einige Kurven aus *Cushing*s Material mögen dieses erläutern (Demonstration). In einem Übersichtsschema habe ich das wesentlichste dieser allgemeinen Gesichtspunkte zusammengefaßt (Demonstration). Nach dieser Erörterung der allgemeinen Gesichtspunkte möchte ich Ihnen einige Zeichen und Methoden veranschaulichen, die uns im Einzelfall in der Artdiagnose nützlich sein können (Demonstration von arterieller Vaskularisation und Sklerosierungen).

Bei der Diagnose der Gefäßmißbildungen im Großhirn eignet sich keine Methode so gut, wie die Arteriografie (Demonstration von Arteriogrammen von Gefäßgeschwülsten).

Zum Schluß zwei Fälle, bei denen die Artdiagnose besondere Schwierigkeiten bot.

Ein 57jähriger Mann wurde mir von der Med. Klin. wegen Tumor im linken Kleinhirnbrückenwinkel zugewiesen: Periphere Fazialisparese, Störungen im Bereich des linken Trigeminus und von seiten der linken Kleinhirnhemisphäre. Röntgenologisch keine Veränderungen an den Felsenbeinen. Otologisch beiderseits Innenohrenschwerhörigkeit, aber keine Störung des Vestibularapparates. Damit entfiel die Diagnose Akustikusneurinom. Es blieb neben der Annahme eines Brückenwinkelmeningioms oder Cholesteatoms die Möglichkeit einer Metastase in der seitlichen Partie von Brücke oder verlängertem Mark. Eine Operation in letzterem Falle hat in den meisten Fällen den Tod an Atemlähmung in 12—24 Stunden infolge des Hirnstammprolapses bei nichtexstirpiertem Tumor zur Folge. Die Jodipindarstellung des 4. Ventrikels klärte die Diagnose (Demonstration). Die Operation ergab ein zystisches Angioblastom im lateralen und unteren Teil der linken Kleinhirnhemisphäre.

Als letzten Fall möchte ich Ihnen einen 48jährigen Mann zeigen, der am 1. 9. in schwer benommenem Zustand eingeliefert wurde. Seine Frau gab an, daß er seit 8 Tagen mit heftigsten Kopfschmerzen, Erbrechen und Benommenheit erkrankt sei. Auf näheres Befragen gab die Frau noch an, daß er seit 2—3 Jahren in seinem psychischen Verhalten uninteressierter und unlustiger gewesen sei, gelegentlich auch über Kopfschmerzen geklagt habe. Seine Arbeit hat er bis zu seiner Erkrankung versehen. Die Untersuchung ergab außer beiderseitiger Stauungspapille und rechtsseitiger Fazialisparese keinen Befund. Durch wiederholte Ventrikelpunktionen besserte er sich so, daß er am 4. 9. ventrikulografiert werden konnte. Differentialdiagnose: Olfaktoriusmeningiom, supraselläre M. scheiden aus wegen Fehlens der Optikusatrophie, ebenso Hypophysengangscyste. Es kann sich somit nur handeln um ein beiderseitiger Gliom, das, da der Balken intakt war, zentraler liegen und wegen der langen Symptome gutartig sein mußte. Die Operation ergab ein beiderseitiges cystisches Gliom, das in zwei Sitzungen entfernt wurde. Über das jetzige Befinden des Kranken siehe die Diskussionsbemerkung *Heyde*.

Vormittagssitzung am 22. Oktober 1933. Vorsitzender: *Kleist*, Frankfurt.

Beringer-München: Die Ergebnisse der deutsch-russischen Syphilisexpedition in der Burjato-Mongolei und ihre Bedeutung für das Metaluesproblem.

(Erscheint im »Nervenarzt«).

Diskussion: *Gaupp* fragt, ob die Ergebnisse früherer Expeditionen (Bosnien, Nordafrika) in Einklang zu bringen seien mit diesen neuen Ergebnissen. *Beringer* betont im Schlußwort, daß den früheren Exepeditionen trotz der extensiven Forschung die Intensität fehlte, was zum Teil an der mangelhaften Apparatur usw. lag.

Störring-München: Der Fall von völlig umschriebener Merkunfähigkeit 7 Jahre nach dem Einsetzen der Störung mit Demonstration des Kranken.

G. Störring, München, stellt auf Wunsch des Geschäftsführers der Nürnberger Tagung der südwestdeutschen Psychiater den Fall von völli-

ger Merkunfähigkeit vor, den er schon einmal 1930 auf der Tagung Bayerischer Psychiater in Würzburg demonstrierte und den er monographisch[1]) bearbeitet hat. An dem Zustand des Patienten hat sich inzwischen nichts geändert. Es wird die seit 7 Jahren bestehende völlige Merkunfähigkeit durch eine Reihe von Versuchen an dem Patienten demonstriert. — Der Vortragende legte vor allem Wert darauf zu zeigen, daß außer der Merkunfähigkeit keine andere Störung primär vorliegt, daß alle anderen Störungen als Folgeerscheinungen des Merkausfalls angesprochen werden müssen. Insbesondere wird durch einen Versuch gezeigt, daß auch kein primärer Spontanitätsverlust vorliegt. Mit besonderem Nachdruck weist der Vortragende darauf hin, daß und wie gewisse sehr komplexe und lange Zeit sich hinziehende, sinnvolle Handlungen von dem Patienten ausgeführt werden können, obgleich er infolge seiner Merkunfähigkeit nur über eine Sekunde verfügt.

Diskussion: *Bürger-Prinz,* Leipzig: Auf die ganze Problematik des Mechanismus und des Begriffes der Merkfähigkeit kann unmöglich eingegangen werden. Hervorgehoben soll nur sein, daß in dem anscheinend so einfachen und karen Begriff der Merkfähigkeit schon eine Theorie steckt, und daß, wenn man den Erscheinungen, die mit Merkunfähigkeit erklärt werden, auf den Grund geht, sich eine äußerst reichhaltige und komplizierte Struktur des seelischen Ablaufes, der seelischen Verhaltungsweise und Funktionen bei dem Kranken herausstellt. Gerade in bezug auf den von *Störring* gezeigten Fall ist darauf hinzuweisen, daß es sich bei solchen Auseinandersetzungen nie um eine Anzweifelung von Ergebnissen handelt und auch nicht handeln kann. Die Diskussion kann sich immer nur um die Methoden und Erklärungsprinzipien drehen, mit denen an einen bestimmten Fall herangegangen wird. Wir sind allerdings der Meinung, daß der Begriff Merkfähigkeitsverlust für den gezeigten Fall nicht mehr als eine rein äußerliche Bezeichnung eines beobachteten Tatbestandes bedeutet. Für die Darlegung der seelischen Erscheinungen des Patienten »von innen gesehen« vermag unseres Erachtens dieser Begriff nur wenig zu leisten. Eine genauere Auseinandersetzung muß einer besonderen Arbeit vorbehalten bleiben.

Kleist: Die außerordentlich bedeutungsvolle Beobachtung *Störrings* ist nicht so ganz vereinzelt, wenn auch noch nie in dieser Reinheit festgestellt. Ich habe wiederholt nach Kohlenoxydgasvergiftungen, die durch Granateinschläge und Verschüttungen im Unterstande auftraten, schwere und langanhaltende Störungen der Merkfähigkeit beobachtet. Wahrscheinlich besitzt die Gegend der Corpora mammillaria, deren Zusammenhang mit der Merkfähigkeit *Gamper* festgestellt hat, eine besondere Affinität für das Kohlenoxydgas. Nach dem Eindruck, den der Patient bei der Demonstration auf mich gemacht hat, möchte ich annehmen, daß außer der Merkstörung noch andere Zwischenhirnfunktionen in gewissem Grade gelitten haben; mindestens scheint die allgemeine Regsamkeit herabgesetzt zu sein. Mit der Hirnrinde hängt die Merkstörung und die mit ihr auch in diesem Falle verbundene schwere Beeinträchtigung der zeitlichen

[1]) Archiv für die Gesamte Psychologie »Über den ersten reinen Fall eines Menschen mit völligem isoliertem Verlust der Merkfähigkeit«. Band 81, 3. Heft 1931.

Registrierung der Erlebnisse sicher nicht zusammen. Das geht unzweideutig aus der Erhaltung aller gnostischen, phasischen und praktischen Leistungen hervor.

Gaupp hält den vorgestellten Fall für außerordentlich interessant und wohl einzigartig in der Stärke seiner Störung. Er glaubt bei der Demonstration die Wahrnehmung gemacht zu haben, daß der Kranke im Unterschied von anderen merkschwachen Patienten sich seiner Merkverlustes nicht bewußt wird. Auch ein gewisser Mangel an Spontaneität und eine gewisse Starrheit des Gesichtsausdruckes ist vorhanden, solange der Patient nicht zu irgend einer psychischen Leistung angespornt wird. *Gaupp* erinnert sich aus eigenen Untersuchungen des von *Wernicke* beschriebenen Falles hochgradigen Merkverlustes bei alkohologener Korsakoffscher Psychose sehr wohl noch, da er diesen Kranken selbst oft untersucht hat. Auch bei jenem war der Merkverlust so hochgradig, daß eine eben vorgezeigte und in allen Einzelheiten mit dem Patienten besprochene Taschenuhr schon nach wenigen Sekunden nicht mehr erkannt wurde, sondern immer wieder mit demselben Zeichen des Erstaunens in die Hand genommen und betrachtet wurde. Der Merkfähigkeitsverlust war bei jenem Kranken entsprechend der andersartigen Verursachung zeitlich nicht so haarscharf umschrieben, aber doch auch in der Weise vorhanden, daß das Gedächtnis für alle Erlebnisse aus der gesunden Zeit außerordentlich lebhaft und plastisch war, während Späteres in keiner Weise behalten werden konnte. Auch bei jenem Redakteur war die Auffassung prompt, die Intelligenz nicht geschädigt; von einem Strukturzerfall konnte auch bei jenem Kranken nicht gesprochen werden.

Schlußbemerkungen *Störrings*: Auf die Frage von *Kleist*, ob in diesem Falle neurologische Störungen nachweisbar sind, wird darauf hingewiesen, daß in den eingehenden Untersuchungen, die auch von *Reichardt* gelegentlich der Begutachtungen des Merkunfähigen vorgenommen wurden, niemals neurologische Störungen hatten nachgewiesen werden können. *Gaupp* ist zu erwidern, daß die starre und geringe Modulationsfähigkeit der Mimik, die bei der Demonstration auffiel, rein situationsbedingt ist. Der Merkunfähige kann ja in keinem Momente wissen, wie er in diese ihm fremde Situation gekommen ist, was diese Demonstration zu bedeuten hat. Gerade die Ratlosigkeit ist geeignet, dem Gesichtsausdruck eine gewisse Starre zu verleihen. Der Gesichtsausdruck des Patienten hat, wie die Frau mitteilt, im Laufe der Jahre mehr und mehr den Ausdruck des Ratlosen angenommen, eben weil der Patient immer wieder den Affekt der Ratlosigkeit erleben muß. — Würde der Patient in einer solchen Situation wie in der vorliegenden keine ratlose Starre zeigen, so müßte man annehmen, daß bei ihm eine anderweitige Störung vorliegt. Daß er aber keinerlei Störung im Affektleben aufweist, sieht man u. a. auch daran, daß er sich beim Erblicken der Frau augenblicklich jedesmal prompt und natürlich freut.

Die Ansichten von *Bürger-Prinz* habe ich früher in meiner Monographie kritisiert.

Von *Bürger-Prinz* wird geltend gemacht, meine Betrachtungsweise sei rationalisierend und eine solche »von außen«. Man müsse aber heute eine Betrachtung »von innen« geben. Darauf ist zu antworten, daß die Merkfähigkeit etwas ist, was nicht unmittelbar erlebt wird. Sie wird aber er-

schlossen an Hand von real vorgefundenen Tatbeständen. Dieser Begriff hat eine höhere wissenschaftliche Dignität als manches bloß Erlebte (bei dem man doch leicht Täuschungen unterworfen ist). — *Bürger-Prinz* macht weiter kritisch geltend, der Patient besitze keine Eigenaktivität. Bei der Demonstration wurde aber ausgeführt, daß der Patient immer dann spontan handelt, wenn er durch eine sinnfällige Situation, in welcher Affekte eine treibende Rolle spielen, und des weiteren durch Triebgefühle zu spontanen Handlungen gedrängt wird. Hier schlagen Affekte, beziehungsweise Triebgefühle die Brücke von einer Sekunde zur anderen und ermöglichen die kontinuierliche Handlung. Zum Vollzuge solcher Handlungen ist dann keine Merkfähigkeit nötig, obgleich die Handlungen sich längere Zeit hinziehen. Wenn der Patient auf Grund von Triebgefühlen und Affekten handelt, so zeigt er dabei auch eigene Aktivität (man darf aber u. E. die Aktivität eines Menschen nicht in Stücke reißen und eine Eigenaktivität von einer situativ-urteilsmäßig bedingten Aktivität gewaltsam abtrennen). — Gegen die Behauptung, daß der Patient einen Gestaltzerfall aufweise, verweist der Vortragende darauf, daß diese Auffassung in scharfem Widerspruch zu den demonstrierten Tatbeständen stehe. Weder bei komplexen Handlungen z. B. der des Kaffeemahlens, noch bei der Erkennung komplexer Situationen zeigte der Patient irgend etwas von einem Gestaltszerfall. Man darf natürlich von dem Patienten nicht solche Gestalten bzw. Gestaltungen verlangen, zu denen Merkfähigkeit gehört!

Nach *Bürger-Prinz* soll dieser Merkunfähige selten eindringlich zeigen, wie ein Erlebnis durch das nächstfolgende »ausgelöscht« werde. Bei Anwendung dieses Begriffes scheint *Bürger-Prinz* anzunehmen, daß etwas gehaftet hatte, daß ein Engram gestiftet wurde, sonst hätte ja der Begriff des Auslöschens kaum einen Sinn. Auf unseren Fall paßt aber dieser Begriff nicht, da hier ja gerade absolut sicher nachgewiesen werden kann, daß seit 7 Jahren nichts mehr haften bleibt!

Stauder-München: Vestibularis und Epilepsie.

Symptome, die auf einen Zusammenhang mit dem Vestibularapparat hinweisen, sind im Verlaufe epileptischer Erkrankungen schon aus der älteren Literatur (*Gowers, Féré* u. a.) bekannt. Die Schilderung des epileptischen Schwindels ist im allgemeinen zunächst farblos; bei genauer Untersuchung läßt sich aber feststellen, daß der Schwindel im Verlaufe der Epilepsie doch häufig ein vestibuläres Gepräge hat (Drehschwindel, Tonusveränderungen, spezifische Fallneigung usw.). Die Meinung *Raimanns,* daß echte labyrinthäre Schwindelerscheinungen bei genuiner Epilepsie nicht vorkämen, kann nicht bestätigt werden. Auch der Schwindel in der Aura, isoliert oder in Kombination mit anderen Aurasymptomen, ist lange bekannt. Feinere vestibuläre Störungen, deren Kenntnis wir vor allem *Schilder* und seinen Mitarbeitern verdanken (Nebel sehen, Verdunkelung und Erhellung des Sehraumes, Schwere und Leichtigkeit des Körpers, Dysmorphopsien, Veränderungen der Bewegungswahrnehmung, Makropsie und Mikropsie, »Multiplikationen«) sind in der epileptischen Aura gar nicht selten.

Experimentell ist der Vestibularapparat bei der genuinen Epilepsie bisher kaum untersucht worden. Die Befunde von *Jones, Rabinowitsch* und

Scheinmann halten der Kritik nicht stand; sie sind an Epilepsien jeglicher Ätiologie gewonnen, berücksichtigen aber nicht, daß häufig das epileptogene Grundleiden schon Veränderungen des Vestibularapparates mit sich bringt. Die von diesen Autoren gefundene Herabsetzung der vestibulären Erregbarkeit ist zumeist als Ausdruck organischer Erkrankungen des Zentralnervensystems zu deuten. Auf die Krankheit »Epilepsie« können diese Befunde nicht bezogen werden.

Vortr. hat bei über 50 Fällen von genuiner Epilepsie experimentelle Untersuchungen des Vestibularapparates vorgenommen. Es wurde mit der kalorischen Schwachreizmethode (*Kobrak-Grahe*) gearbeitet. Andere Untersuchungsmethoden wurden nur vergleichsweise herangezogen. In über 70% der Fälle wurde eine Überregbarkeit des Vestibularapparates festgestellt. Die Latenzzeit war erheblich verkürzt; sie betrug im Maximum 16 Sekunden. Die Nystagmusdauer war in einer großen Anzahl von Fällen wesentlich verlängert, die Zeigereaktionen waren verstärkt, ebenso die Schwindelerscheinungen und die vasomotorischen Begleiterscheinungen. Erbrechen und Sturz im Schwindel war häufig.

Die vestibuläre Übererregbarkeit läßt sich wohl deshalb nicht in allen Fällen feststellen, weil die labyrinthäre Erregbarkeit bei der genuinen Epilepsie schwankt; sie sinkt nach dem Anfall ab, um vor dem nächsten Krampfanfall wieder bis zur Übererregbarkeit anzusteigen. Sie hängt also wohl von der Krampfhäufigkeit und dem augenblicklichen allgemeinen »epileptischen Ladungszustand« ab. Die vestibuläre Übererregbarkeit bei der genuinen Epilepsie wird durch die Tatsache unterstrichen, daß die labyrinthäre Reizung in einer nicht ganz kleinen Anzahl von Fällen echte epileptische Krampfanfälle auslöst. Dabei können eine Reihe von Bedingungen eine Rolle spielen; die Krampfhäufigkeit aus »endogenen« Ursachen, Reflexwirkungen des Labyrinthes auf vasomotorische Vorgänge, Blutdruckschwankungen bei der vestibulären Reizung usw.

Die vestibuläre Übererregbarkeit im Verlauf der genuinen Epilepsie ist als Teilsymptom der allgemeinen epileptischen »Übererregbarkeit« aufzufassen. Sie kann in Parallele zu den motorischen Verhaltungsweisen bei der genuinen Epilepsie gestellt werden. Nach *Foersters* Ergebnissen (bei faradischen Focusreizungen) ist es für die Epilepsie charakteristisch, daß der schwache Reiz eine maximale Entladung herbeiführt, daß die Reaktion reizinadäquat ist, daß die Reaktion den Reiz überdauert. Auch die vestibuläre Übererregbarkeit bei der genuinen Epilepsie wird als eine dieser für die Epilepsie spezifischen Störungen des Gleichgewichtes zwischen Reiz und Reaktion gedeutet.

Reichner-Heidelberg: Genetische Serologie des Zentralnervensystems.

Die besondere Eigenschaft der Hirnsubstanz, bei parenteraler Einverleibung im Kaninchenorganismus die Bildung organspezifischer Antisera zu verursachen, gibt uns die Möglichkeit, mit Hilfe derartiger Antikörperfunktionen jene Anteile serologisch zu erfassen, hinsichtlich deren sich das Nervensystem von anderen Organen unterscheidet. Es prägen sich also in solchen Antiseren stoffliche Eigenschaften aus, die für die Hirnsubstanz charakteristisch sind und deren Vorhandensein wiederum im

Reagenzglasversuch durch spezifische Bindung der wirksamen Organantigene an die entsprechenden Antikörper sichtbar gemacht werden kann.

So gelang es *Witebsky* und *Behrens*, die ontogenetische Doppelnatur der beiden Hypophysenlappen mit serologischer Methodik zu bestätigen. Denn lediglich die Vorbehandlung mit Hinterlappensubstanz führte zur Ausbildung organspezifischer (Lipoid-) Antikörper. Auf gleichem Wege gewonnene Hinterlappen-Antisera ermöglichten darüberhinaus eine serologische Differenzierung zwischen dem Nervenlappen der Hypophyse und dem übrigen Zentralnervensystem. Weiterhin konnten *Witebsky* und *Klinke* organspezifische Antisera des Nebennierenmarkes erhalten, die außerdem eine deutliche Affinität zu den Hirnlipoiden erkennen ließen, während den Rindenantiseren jedes organspezifische Gepräge fehlte. Nach Vorbehandlung von Kaninchen mit Gliomsubstanz erhielt *Reichner* Antisera, die im Komplementbindungsversuch durchaus dominant mit alkoholischen Gliomextrakten in Reaktion traten, ohne entsprechend auf Extrakt aus tumorfreiem Gewebe überzugreifen. Damit war gezeigt, daß gliomatöse Tumoren von gesundem Gewebe des gleichen Gehirns immunologisch abgrenzbar sind. —

Gemeinsam mit *Witebsky* immunisierten wir nun Kaninchen mit grauer Substanz aus dem Nucleus caudatus und Rindenpartien des Ammonshorns, andere mit Markweiß aus dem Centrum semiovale und mit Nervus ischiadicus vom Rinde. Dabei erhielten wir im ersten Falle Antisera, die vorwiegend mit Hirngrauextrakten, im zweiten Falle solche, die umgekehrt stärker mit Extrakten aus weißer Substanz in Reaktion traten. Die hier zum Ausdruck kommende Differenzierung war freilich nur eine relative. Denn unbeschadet der gesetzmäßigen Dominanz der jeweils homologen Extrakte im Komplementbindungsversuch, pflegten die organspezifischen Antikörperwirkungen gewöhnlich auch auf die heterologen Extrakte mit überzugreifen. Führt man dagegen Extrakte aus Hirnen niederer Wirbeltiere (z. B. Fische) und embryonalen Hirnen höherer Amnioten in den Versuch ein, so zeigt sich, daß die Markweißantisera zwar auch mit Fischhirnen zu reagieren vermögen, dagegen nicht mit alkoholischen Embryohirnextrakten, während sich die Grau-Antisera genau umgekehrt verhalten, d. h. auch mit Embryohirnen, nicht aber mit Fischhirn-Extrakten reagieren. Derart ist also sogar eine absolute serologische Differenzierung zwischen grauer und weißer Substanz des Gehirns möglich.

Weitere Versuche ergaben, daß für die spezifische Antikörperwirkung der Markweiß-Antiseren der jeweilige Grad der Myelinisierung eines Gehirns bestimmend ist. Trennt man bei einem Neugeborenengehirn die markfreien Teile von den bereits weitgehend markumscheideten Partien und verarbeitet beide Anteile zu alkoholischen Extrakten, so verhalten sich erstere genau wie embryonale Hirnextrakte, letztere wie solche aus Hirnen erwachsener Tiere. Dementsprechend konnte ich feststellen, daß Extrakte von Hirnen junger Individuen mit zunehmendem Alter eine immer stärkere »Markweißreaktion« aufwiesen, wobei sich ein deutlicher Unterschied zwischen Nesthockern und Nestflüchtern ergab. Während Nestflüchterhirne bereits kurz nach der Geburt verhältnismäßig stark mit Alba-Antiseren reagierten, verhielten sich Nesthockerhirne oft noch ziemlich lange post partum wie embryonale. So ist beispielsweise beim Meerschweinchen (Nestflüchter) kurz vor der Geburt schon eine deutliche Mark-

weißreaktion festzustellen, die unmittelbar post partum mit der beim ausgewachsenen Tier nahezu identisch ist. Auf der anderen Seite reagieren Hirne 5—6tägiger Kaninchen noch wie embryonale. Erst um den neunten Tag ist eine geringes Reaktionsvermögen mit Markweißantiseren feststellbar (Ausbildung der Sehfunktion), das sich in der dritten Woche etwas steigert und erst nach 4—5 Wochen die Erwachsenennorm zu erreichen beginnt. Derart unterschiedlich verhielten sich noch zahlreiche andere von uns untersuchte Nesthocker und Nestflüchter, ein Ergebnis, das z.B. bezüglich der Verhältnisse beim Kaninchen und Meerschweinchen gut mit älteren anatomischen Untersuchungen übereinstimmt. Nach *Marie* ist beim Meerschweinchen die Markumhüllung zurzeit der Geburt bereits abgeschlossen, während beim Kaninchen die Hauptphase der Myelinisierung erst in die dritte Lebenswoche fällt (*Ziehen*).

Es ist demnach mit serologischer Methodik möglich, ein biologisch brauchbares Reagens für die Markscheidenverhältnisse eines Nervengewebes zu gewinnen. Denn die organspezifischen alkohollöslichen Substanzen, die bei der Immunisierung mit Substantia alba Suspensionen im Kaninchenorganismus die Bildung entsprechender Antikörper bewirken und wiederum im Komplementbindungsversuch in Form alkoholischer Extrakte mit derartigen Immunstoffen spezifisch in Reaktion zu treten vermögen, sind in myelogenetisch rückständigen Parenchymen offenbar nicht oder nur in geringem Ausmaße vorhanden.

Hatte so die Beobachtung einer mangelnden Reaktionsfähigkeit mit embryonalen Hirnextrakten uns im weiteren Verlauf der Untersuchung die Wirksamkeit spezifischer Antikörperfunktionen gegenüber dem Markscheidenanteil der Fasersubstanz kennen gelehrt, so konnte man bei der Analyse der Grau-Antisera von der Voraussetzung ausgehen, daß deren negative Reaktion mit Fischhirnen auf den Mangel einer den höheren Stadien entsprechenden Grauanlage bei diesen niederen Wirbeltieren zurückgeführt werden könnte.

Die vergleichende Untersuchung von Hirnextrakten phylogenetisch geordneter höherer und niederer Wirbeltiere ergab in der Tat, daß unterhalb der Sauropsiden das Reaktionsvermögen mit dem Grau-Antiserum mehr oder weniger erlischt. Es zeigte sich also die Vermutung bestätigt, daß erst auf einer höheren als der Teleostierstufe die cerebralen Grauanteile mit Grau-Antiserum zu reagieren vermögen, und zwar fällt dieses Stadium charakteristischer Weise mit jenem zusammen, welchem die vergleichende Anatomie des Nervensystems von jeher erstmalig in der aufsteigenden Tierreihe eine den höheren Wirbeltieren entsprechende Grauformation zuschreibt: dem der Reptilien. Während sämtliche Knochenfische und auch die Amphibien höchstens spurenweise mit Grau-Antiseren reagieren, ist bei den Iguaniden, Eidechsen, Schildkröten und sonstigen Reptilien ein überaus starkes Reaktionsvermögen mit Grau-Antiseren vorhanden, das nur mit dem der Vögel und der höheren Säugetiere verglichen werden kann.

Dieses Ergebnis läßt sich — wie übrigens auch die Markweißreaktionen — nicht nur mit Hilfe des Komplementbindungsversuchs, sondern auch durch Ausflockung der alkoholischen Hirnextrakte unmittelbar darstellen:

Zusammenfassend ergibt sich:

Durch Immunisierung mit den beiden hauptsächlichsten Bestandteilen des Nervensystems gelingt es, zweierlei Arten organspezifischer Hirn-Antisera zu erzeugen, die hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in charakteristischer Weise voneinander abweichen:

1. Markweiß-Antisera,
2. Grau-Antisera.

Jede der beiden Arten reagiert mit den homologen Extrakten stärker als mit den heterologen Lipoiden.

Die Markweiß-Antisera besitzen ein quantitativ abstufendes Reaktionsvermögen gegenüber dem jeweiligen Grade der Markscheidenbildung eines Nervengewebes und stellen derart ein Reagens für die ontogenetische Entwicklung der markhaltigen Fasersubstanz dar.

Die Grau-Antisera reagieren stark mit den Hirnen höherer Wirbeltiere, einschließlich der Sauropsiden, während Extrakte von Knochenfisch- und Amphibienhirnen entweder überhaupt nicht oder höchstens angedeutet mit den Grau-Antiseren zu reagieren vermögen. Hieraus ist zu entnehmen, daß den Grau-Antiseren die Fähigkeit zukommt, Hirne höherer Entwicklungsstufe von solchen niederer Stadien zu differenzieren und damit ein phylogenetisch anwendbares Reagens für den Grad der Grauentwicklung eines Wirbeltierhirnes zu bilden.

Hölzel-Eglfing: Über die Kriterien der Anstaltsbedürftigkeit (erscheint in der »Allg. Zeitschrift für Psychiatrie«).

Aussprache: *Ast*-Eglfing: Die Frage des Herrn *Gaupps* kann ich folgendermaßen beantworten. Die leichteren depressiven und auch manischen Fälle werden vielfach in den der Anstalt Eglfing-Haar vorgelagerten Aufnahmestationen Münchener Klinik und psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Schwabing bis zur Wiederentlassung behalten und kommen nicht in die Anstalt. Außerdem betragen die manisch-depressiven Kranken in Oberbayern von jeher kaum 8% des Gesamtstandes, im Gegensatz zu Unterfranken, wo ich bis zu 25% feststellen konnte.

Die Veranlassung zur Arbeit des Hr. *Hölzel* gab der Umstand, daß in den letzten Jahren gerade in Bayern infolge der Notlage der Kreise sehr stark auf Reduzierung der Anstaltsbestände gedrängt und die Anstaltsbedürftigkeit der Insassen in Zweifel gezogen wurde. Demgegenüber erschien es notwendig, die Bestände auf die Gründe ihrer Anstaltsbedürftigkeit wieder einmal genauer durchzuprüfen. Dies soll natürlich, um gleich einem Mißverständnis vorzubeugen, nicht ein Abgehen von der klinischen Erfassung des Einzelfalles bedeuten, auf Grund der ja erst sozial-psychiatrische Erwägungen angestellt werden können. In manchen Kreisen knüpft man in bezug auf die Möglichkeit, in größerer Zahl Anstaltsinsassen zu entlassen, weitgehende Erwartungen an das Sterilisierungsgesetz. Diese Erwartungen können sich nicht erfüllen, da aus eugenischen Gründen bisher eine Anstaltsverwahrung nicht angeordnet und durchgeführt werden konnte. Nach einer vorläufigen Durchuntersuchung unseres auf fast 2400 sich belaufenden Krankenstandes kommen davon etwa 712 für eine Sterilisierung in Betracht; entlassungsfähig durch die Sterilisierung würden höchstens zwei davon werden. Wir haben also mit einem neuen Ansturm auf die Anstaltsbestände zu rechnen, demgegenüber wir gewappnet sein

müssen. Auch aus diesem Grunde halte ich die Feststellungen des Hr. *Hölzel* für aktuell und möchte wünschen, daß sie anderweitig nachgeprüft würden.

Pfannmüller-Kaufbeuren beleuchtet die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit vom Standpunkt der o. F. aus. Das zur Anstaltspflegebedürftigkeit führende Material besteht hauptsächlich im schizophrenen Formenkreis aus stark wahnhaft eingestellten, unter Halluzinationen feindselig gegen die Umgebung vorgehenden schizophrenen Frauen. — Die Psychopathie liefert stets auch in o. F. viel Material in die Anstalt trotz intensiver, verstärkter Fürsorgeüberwachung gerade dieser Untergruppe. Erregbare, »Fürsorgeschmarotzer«, Haltlose und stets rückfällig werdende asoziale Psychopathen und Alkoholiker gehören in Verwahrungsanstalten oder Arbeitskonzentrationslager, nicht zunächst in eine Irrenanstalt. — Die derzeitige Regierung hat für diese Ansicht volles Verständnis. Die Frage der Schaffung von Verwahrungs-Arbeitslagern für solche Volksschädlinge wird immer weiter in den Vordergrund von entsprechenden Erörterungen gestellt werden müssen.

Stringaris-Heidelberg: Zur Frage des Heroinismus und seiner Verbreitung (erscheint im »Nervenarzt«).

Auf Grund von Eigenberichten. *v. Rad.*

Jahresversammlung der Norddeutschen Psychiater und Neurologen am 28. und 29. Oktober 1933 in Hamburg.

Kreyenberg (Hamburg): »Die eugenische Bedeutung des Schwachsinns.«

K. hat die Aufnahmen der Alsterdorfer Anstalten der letzten sechs Jahre genau erbbiologisch durchforscht und hat ein einwandfreies Material von 690 Stammbäumen zusammengestellt. Davon gehörten 500 dem endogenen Schwachsinn an, bei 190 wurden äußere Ursachen nachgewiesen; sie wurden deshalb besonders behandelt. Es wurden *sämtliche* Aufnahmen erbbiologisch durchforscht, nicht etwa nur diejenigen, die erbbiologisch besonders interessant waren. 1912 Kinder konnten festgestellt werden; davon waren 251 klein gestorben, 105 unter 10 Jahren, so daß 1556 Kinder übrig blieben, von denen waren: 719 ohne Besonderheiten, 734 schwachsinnig, 60 epileptisch, 25 psychopathisch, 4 nervös, 4 schizophren, 10 körperlich degeneriert.

Nach Abzug der Probanden ergab sich immer noch eine Belastung der Geschwister der Probanden von 22,1%. Um nun festzustellen, wie der Schwachsinn sich vererbt, wurde das Material nach verschiedenen Gruppen eingeteilt. So z. B.:

Beide Eltern schwachsinnig, Vater schwachsinnig, Mutter schwachsinnig, beide Eltern gesund usw. An Hand von umfangreichen Tabellen erörtert der Vortragende die Belastung in den verschiedenen Gruppen;

dabei ist besonders interessant und hervorzuheben, daß gerade die schwachsinnigen Mädchen es sind, die eine große Gefahr für unsere Erbmasse bilden, weil sie sich hemmungslos fortpflanzen und besonders den Schwachsinn auf die Söhne übertragen. Das Verhältnis zwischen erkrankten Söhnen und erkrankten Töchtern ist in dieser Gruppe 2:1.

Wir müssen also annehmen, daß die Söhne schwachsinniger Mütter besonders gefährdet sind. Ausführliches bringt die demnächst erscheinende Arbeit.

Meggendorfer (Hamburg): »Über die Bedeutung des Dominanzwechsels in der Psychiatrie.«

Nach einer Darlegung der erbbiologischen Grundlagen geht Vortr. auf die Beobachtungen von *Entres* ein, wonach ein junger Mann, der Sohn eines Huntington-Kranken, während einer akuten fieberhaften Erkrankung eine ausgesprochene Chorea zeigte, die nach Abklingen der Erkrankung wieder zurücktrat, so daß der junge Mann einen vollkommen gesunden Eindruck machte. Diese und eine ähnliche eigene Beobachtung legen ihm die Auffassung nahe, daß bei der Huntingtonschen Chorea die krankhafte Anlage zunächst rezessiv ist und von der Anlage für Gesundheit überdeckt wird. Im vorgerückten Alter, vielleicht unter dem Einfluß des Klimakteriums oder der beginnenden Rückbildung, wahrscheinlich auch infolge anderer schwächender Einflüsse verliert die gesunde Anlage ihre Dominanz und die Anlage für Krankheit kann hervortreten, d. h. sie wird nun dominant. Es ist möglich, daß diese Beobachtungen einen Mechanismus erklären, der in der Psychiatrie eine sehr weitreichende Wirksamkeit hat. Schon im Jahre 1922 hat *Hermann Hoffmann* auf die Bedeutung des Dominanzwechsels hingewiesen; er hatte allerdings im wesentlichen Phänomene im Auge, die eher als Epistasie und Hypostasie zu bezeichnen sind. Wahrscheinlich sind manche auffällige Beobachtungen der Symptomatologie und des Verlaufes endogener Psychosen, die Nachahmung endogener Psychosen durch organische Hirnerkrankungen, die Auslösung echter endogener Psychosen von der hier dargelegten Auffassung aus zu erklären. Diese Auffassung ermöglicht u. U. auch neue prognostische und therapeutische Gesichtspunkte. Sie legt schließlich die Frage nahe, ob sich durch geeignete Maßnahmen nicht die vorübergehende Manifestation verdeckter Erbanlagen provozieren ließe, wodurch ein in eugenischer Hinsicht bedeutsamer Weg für eine Analyse des Genotypus eröffnet würde.

Rittershaus (Hamburg): »Die Vererbung musikalischer Eigenschaften.«

Bei dem bekannten Stammbaum der Familie Bach fehlen die weiblichen Vorfahren, und es fehlt jede Unterscheidung der Einzelbegabungen, sowohl quantitativ wie qualitativ.

Die einzelnen Vorschläge zur Abstufung des Grades dieser Begabung gehen sehr auseinander. Auch die verschiedenen Vorschläge, diese Begabung in einzelne »Komponenten« zu zerlegen, zeigt durch die Mannigfaltigkeit dieser Versuche die hier bestehenden Schwierigkeiten. *Voß* (Ges. Dtsch. Nerv. Ärzte 1924) hat zwar erkannt, daß die einzelnen Eigenschaften der Begabung getrennt vererbt werden, bei den mitgeteilten Stammtafeln beschränkt er sich aber trotzdem nur wieder auf eine gradweise Abstufung.

Vorschlag zu einer systematischen Einteilung der verschiedenen musikalischen Begabungen nach verschiedenen Dimensionen hin in folgendem Schema:

	a)	b)	c)
I	harmonisch	melodisch	rhythmisch
II	optisch	akustisch	motorisch
III	intellektuell	gefühlsmäßig	willensmäßig
IV	rezeptiv	reproduktiv	produktiv.

Die gesamte musikalische Begabung setzt sich dann zusammen aus dem Zusammenspiel dieser Einzelbegabungen, bei denen in jeder der einzelnen Gruppen bei durchschnittlich musikalischen Menschen jeweils wohl nur eine Eigenschaft besonders ausgesprochen zu sein pflegt; die Art des Zusammentreffens der einzelnen Begabungen bildet dann die musikalische Eigenart des betreffenden Einzelwesens.

Graphische Darstellung dieser Schemata.

Mitteilung einer kleinen Sippentafel, bei der deutlich der Erbgang der einzelnen Eigenschaften zutage tritt. Wahrscheinlich rezessive, nicht geschlechtsgebundene Vererbung.

Dies alles selbstverständlich nur ein Schema; einige der hier herangezogenen Eigenschaften müßten wohl noch untergeteilt werden, doch scheint es, als ob grade die in obigem Vorschlage zusammengefaßten etwaigen Unterabteilungen der hier dargestellten Komponenten sehr enge gekoppelt sind und als zusammengehörig meist auch zusammen vererbt werden.

Selbstverständlich müßte man bei genauer Durchprüfung das Schema noch erweitern zur Darstellung anderer seelischer Verknüpfungen (Korrelationen), also etwa:

	a)	b)	c)
V.	malerische Begabung	dichterische	mathematisch technische
	d) naturwissenschaftliche	e) kaufmännische Begabungen	

	a)	b)	c)
VI.	schizoide	zykloide	hysteroide Veranlagung o. ä.

Und schließlich spielen rassenmäßige Beziehungen ebenfalls sicherlich eine beträchtliche Rolle.

Becker (Stade): »Über die Lebensalter der Eltern bei der Geburt eines Genialen.«

Drei Tabellen werden gezeigt. Auf der ersten tritt das starke Überwiegen der Erstgeburt deutlich hervor, die allein 56% umfaßt, während die Zweitgeborenen noch $17^1/_2$%, die Drittgeborenen 12% und alle übrigen zusammen nur noch $14^1/_2$% ausmachen. Die zweite Tabelle zeigt das Alter der Mutter. Von einer alten Primipara stammt selten ein Genie ab; eine Mehrgebärende kann ausnahmsweise wohl auch noch Ende der Dreißiger und Anfang der Vierziger ein Genie zur Welt bringen, doch zeigt die Statistik der Dichter und bildenden Künstler — nur diese sind vom Vortragenden berücksichtigt —, daß die weit überwiegende Zahl in die Hauptgebärzeit des Weibes (21—30) fällt; zwischen 31 und 35 läßt die Zahl schon nach und nimmt darüber hinaus sehr rasch ab. Das Alter der Väter ist auf

Tabelle 3 verzeichnet: Väter unter 20 Jahren fehlen völlig; fast 50% aller Väter sind zwischen 25 und 36 Jahre alt; 37—44 Jahre alt sind dann noch rund 20%, um darauf, besonders nach dem 50. Lebensjahr, rasch abzunehmen.

Lottig (Hamburg): »Heilpädagogische Erfahrungen aus der Zwillingsforschung.«

Das rasche Vordringen der menschlichen Erbbiologie in den letzten Jahrzehnten führte bald zu der Frage der biologischen Grundlagen der Erziehung. An die Stelle rein geisteswissenschaftlich orientierter Methodik traten Untersuchungen über die Erziehungsfähigkeit der verschiedenen Menschen. Positiv zeigen die Ergebnisse menschlicher Erbbiologie die Richtungen und Möglichkeiten der Erziehung, negativ: die Grenzen der Erziehbarkeit. Falscher Optimismus ist ebenso verkehrt wie fatalistischer Pessimismus. Alle Erziehung spielt sich ab innerhalb der Grenzen der Modifikation (Paravariation). Die quantitative Klärung des Problems — Anlage — Umwelt ist wichtig für die Normalerziehung, viel bedeutsamer aber noch für die Heilpädagogik. Für diese quantitative Bestimmung der Modifikabilität ist die Zwillingsforschung die Methode der Wahl, wenn auch in sinnvoller Verbindung mit der übrigen Familienforschung. — Vortr. berichtet über die Ergebnisse der Zwillingsforschung in bezug auf die drei Hauptgebiete der Psychopathologie, die für heilpädagogische Arbeit grundlegend sind: 1. der Schwachsinn, 2. die Psychopathien, 3. die Kriminalität. Bezüglich des Schwachsinns ergibt sich aus den Resultaten der Zwillingsforschung, daß die idiotypischen Formen häufiger sind, als man nach den älteren psychiatrischen Ansichten und auch noch nach den Resultaten der Familienforschung annahm. Die Forschungen über psychopathische Zwillinge haben ziemlich übereinstimmend ergeben, daß einer genotypisch bedingten und unwandelbaren Grundschicht des Charakters eine mehr oder weniger variable Oberflächenschicht aufliegt, aus der sich die Diskordanzen bei E Z erklären. Die charakterologischen Zwillingsstudien des Vortr. haben gezeigt, welche Anteile der menschlichen Persönlichkeit den modifikatorischen Einflüssen am stärksten zugänglich sind, und zwar bei den Psychopathien in stärkerem Maße als bei Normalen. Bezüglich der Kriminalität sind die Feststellungen *Langes* von verschiedenen Seiten bestätigt, wenn auch z. T. etwas abgeschwächt worden.

Wenn auch die Resultate der Zwillingsforschung im ganzen noch vorläufigen Charakter tragen, so sind sie doch recht eindeutig. Der unerwartet große Einfluß der Vererbung geht aus der gesamten Zwillingsforschung hervor. Daneben finden sich wichtige und ziemlich übereinstimmende Resultate über die Modifikabilität. Diese Ergebnisse führen für die schweren Fälle von Psychopathie und Kriminalität und für alle idiotypischen Formen von Schwachsinn zu der Forderung nach strengen rassehygienischen Maßnahmen und nach frühzeitiger Ausschaltung aller wenig modifizierbaren aus der Gesellschaft der Normalen. Für die leichten Fälle von Psychopathie und Kriminalität ergibt sich die Forderung nach früher Erfassung und zielbewußter Erziehung bzw. Behandlung mit klarer Zielsetzung auf die biologisch gegebenen Möglichkeiten. Die Erbbiologie und besonders die Zwillingsforschung müssen innerhalb der Heilpädagogik besonders die frühzeitige Aufstellung der richtigen Prognose ermöglichen. Die praktischen Aufgaben der Heilpädagogik erfor-

dern die Beseitigung von Illusionen und blindem Optimismus, in positiver Richtung dagegen die Erkennung der richtigen Ansatzpunkte und die Auswahl biologisch gerechtfertigter Zielsetzungen.

Aus den Resultaten der Zwillingsforschung ergibt sich in pädagogischer und therapeutischer Hinsicht ein anscheinender Widerspruch, da der Erkenntnis der großen Auswirkung der Vererbung ein nicht geringer relativer Optimismus in bezug auf das Modifikatorische gegenübersteht. Die Lösung dieses scheinbaren Widerspruches ist wohl in der wichtigen Tatsache zu suchen, daß die entscheidende pädagogische und therapeutische Freiheit wohl vorhanden ist, sich aber innerhalb enger biologischer Grenzen auswirken muß.

Diskussion zu den Vorträgen: *Kreyenberg, Meggendorfer, Rittershaus, Becker, Lottig.*

Majerus (Hamburg) fragt *Kreyenberg,* ob bei der von ihm statistisch errechneten erheblich größeren prozentualen Zahl der schwachsinnigen Kinder von schwachsinnigen Müttern gegenüber den schwachsinnigen Nachkommen schwachsinniger Väter die unehelichen Geburten außer Betracht blieben. Vortragender erwähnte, daß etwa 20% seiner Probanden unehelicher Herkunft seien.

Meggendorfer (Hamburg) weist auf die Beobachtungen und Darlegungen von *Rosanoff* und von *Sjögren* hin, die zu ähnlichen Ergebnissen wie Vortr. gekommen sind. Er erörtert ferner an Hand einer Tafel, die das Zustandekommen des rezessiv-geschlechtsgebundenen Erbgangs zeigt, die Schwierigkeiten, denen eugenische Maßnahmen hier begegnen.

Lottig (Hamburg) weist darauf hin, daß schon *Osthoff* und *Reiter* bei ihren Untersuchungen an Rostocker Hilfsschulkindern auf die größere Wichtigkeit der mütterlichen Erbmasse für die Vererbung des Schwachsinns aufmerksam geworden sind.

v. Grabe (Hamburg) möchte die Analyse der musikalischen Fähigkeiten erweitert haben. Er weist auf die Vorträge *Chamberlains* über Wagner hin, der meint, daß Wagner ebenso Dichter wie Komponist gewesen sei.

Weygandt (Hamburg). Hinsichtlich musikalischer Veranlagung und Vererbung liegt die Möglichkeit, in mechanische Nachprüfung einzutreten, näher als bei anderen Talenten. Der von *Möbius* im Anschluß an *Gall* beschriebene halbkugelige Musikerschädel ist ungemein häufig bei produktiven Musikern (Komponisten), aber auch bei reproduktiven (Kapellmeistern) zu finden. Das vorgelegte Schema hat viel Überzeugendes.

Zur Diskussion sprach weiter: *Rittershaus* (Hamburg), *Kreyenberg:* Schlußwort.

Weygandt (Hamburg), »Die Darstellung des Psychopathologischen in der japanischen Kunst«.

Die japanische Kunst schildert vielfach Lebensvorgänge mit äußerster Naturalistik, stellt aber auch in phantastischer Weise historische und legendäre Stoffe dar. Manche Künstler, wie auch *Hokusai,* haben Motive aus dem Leben Geisteskranker wiedergegeben. Eine von Prof. Dr. *Shuzo Kure* zusammengestellte und mit Text begleitete, dem Vortragenden von den Ärzten Tokyos freundlichst überreichte Sammlung von 52 Blättern (Tuschbildern und Holzschnitten) enthält Darstellungen des Psychopathologischen: Verfolgungswahn, Fieberdelirium, harmlose Verrücktheit, Epilep-

tiker im Anfall mit der durch Inbrandsetzung der leicht entzündlichen Umgebung bedingten Lebensgefahr, erotische Tobsucht, Selbstverstümmelung, Nekrophagie. In den Legenden, die in Holzschnitt von Künstlern des 18. und 19. Jahrhunderts illustriert sind, spielt manchmal Geistesstörung eine unmittelbare Rolle, wie bei der umherirrenden Chiō. Meist handelt es sich um mythologische und magische Vorgänge, deren Wiedergabe vielfach visionäre, an Halluzinationen erinnernde Vorstellungen zugrunde liegen, so wenn auf einer hochkünstlerischen Darstellung Ikkaissai Yoshitoshi einen Helden des 12. Jahrhunderts, Taira no Kozemochi, schildert, wie er von bösen Geistern überfallen eine Vision von zahllosen Totenschädeln hat: eine Schneelandschaft zeigt Bäume, Sträucher, alle möglichen Gegenstände in grinsende Schädel verwandelt. Mehrfach findet sich auch das Motiv, daß eine Papierlaterne zur Illusion eines Schädels oder abgeschlagenen Hauptes führt.

Diskussion: *Rittershaus* (Hamburg):

Es ist auffallend, daß gerade bei den zeitlich älteren Bildern die dargestellten Helden so wenig mongolische Züge tragen, stark bärtig sind und Glatzen haben. Sie zeigen offenbar die japanische Urrasse, die Ainos, die demnach vor etwa 200 Jahren doch noch so häufig gewesen zu sein scheinen, daß sie damals ganz selbstverständlich die Bevölkerung repräsentierten. Der eine Held sieht z. B. fast aus wie ein schnauzbärtiger Kavallerie-Wachtmeister und erinnert daran, daß man auch schon Zusammenhänge zwischen den Ainos und der ostisch-alpinischen Rasse behauptet hat. Das fast völlige Verschwinden dieser Rasse in Japan in anscheinend so kurzer Zeit scheint ein weiteres Beispiel zu sein für die Umwandlung der rassischen Zusammensetzung eines Volkes durch den Geburtensieg einer bestimmten, hier der mongolischen Rasse.

Weygandt (Hamburg), Schlußwort: Die Frage ist wohl nur vom Kenner der ostasiatischen Ethnologie zu beantworten. An sich sind die Japaner wegen ihres schwachen Bartwuchses gerade stolz darauf, wenn jemand stärkeren Bartwuchs zeigt, was dazu führen kann, diesen bei Heldendarstellung zu potenzieren.

Schaltenbrand (Hamburg), »Luftdruck, Blutdruck, Liquordruck«.

Die Wirkungen des Luftdruckes auf den Liquordruck wurden an mehreren Kranken der *Nonne*schen Klinik in dem Institut für Luftfahrtmedizin und Klimaforschung untersucht.

Die Erniedrigung des Atmosphärendruckes bewirkte stets von einem individuell verschiedenen Punkte an eine Erhöhung des Liquordruckes. Eine Erhöhung des Atmosphärendruckes bis auf 1300 mm. Hg., also um ca. $^3/_4$ Atmosphären, war gelegentlich von unregelmäßigen Schwankungen des Liquordruckes begleitet, hatte aber meist überhaupt keine Wirkung auf den Liquordruck. Es ist deswegen fraglich, ob die zeitweilig beobachteten Schwankungen in der einen oder anderen Richtung in ursächlicher Abhängigkeit von der Erhöhung des Atmosphärendruckes stehen. Sichere Änderungen des Liquordruckes bei atmosphärischem Überdruck treten ein, wenn bei der Punktion Luft in die Liquorräume eingeblasen worden ist.

Bis zu einem Luftdruck von 400 mm. Hg. hinab vermag Sauerstoffgabe dem Anstieg des Liquordruckes vorzubeugen oder ihn zu beseitigen. Bei noch stärkerer Luftverdünnung kann trotz Sauerstoffgabe auch bei theore-

tisch ausreichendem Sauerstoffpartialdruck ein Liquordruckanstieg zustandekommen, dessen Ursachen noch nicht geklärt ist.

Vergleichende Messungen des arteriellen Druckes, des Liquordruckes, der Puls- und Atmungsfrequenz während der Luftdruckerniedrigung ergaben bei narkotisierten Hunden, daß im allgemeinen der arterielle Druck und der Liquordruck zu gleicher Zeit ansteigen, während zunächst die Atmungsfrequenz steigt und die Pulsfrequenz sinkt. Bei ganz großen Höhen kann die Atmung plötzlich völlig aufhören, der Blutdruck stürzt ab, während der Liquordruck intensiv ansteigt. Schließlich kommt es zu einem starken Anstieg des Blutdruckes, der offenbar als ein Erstickungsphänomen anzusehen ist. Da der Liquordruck gelegentlich auch steigt, während der arterielle Blutdruck fällt oder konstant bleibt, muß man annehmen, daß mehrere Faktoren für den Druckanstieg des Liquors verantwortlich sind. Es bleibt noch zu untersuchen, inwieweit ein Anstieg des Venendruckes eine Rolle spielt.

Diskussion: *Lottig* (Hamburg) hält es für wahrscheinlich, daß bei der Beeinflussung des Liquordruckes und des Blutdruckes in großen Höhen hormonale Veränderungen mit im Spiele sind, wobei vielleicht eine zentralnervöse Steuerung eine Rolle spielt.

Pette (Hamburg): Die Liquordruckschwankung ist offensichtlich nur ein Symptom von vielen, die wir bei Änderung des Luftdruckes auftreten sehen. Klinische Beobachtungen lassen darauf schließen, daß es sich hier um ein komplexes Geschehen handelt, an dessen Gestaltung hormonale und zentralnervöse Vorgänge beteiligt sind.

Majerus kann *Pettes* Bemerkung, daß der Barometerstand den Krankheitszustand beeinflusse, nur bestätigen. Er erwähnt, daß vor langer Zeit schon *Hellpach* gesagt hat: »bei sinkendem Barometer steigt die Zahl der Patienten«. *M.* hat jahrelang auf diese Verhältnisse geachtet und bemerkt, daß bei sinkendem Barometer und zunehmender Wärme, besonders in den Übergangsjahreszeiten, die Nervenkranken, ganz besonders die Depressiven, sich erheblich schlechter fühlen. Diese Beobachtungen können die Krankenhausärzte nicht machen, da erfahrungsgemäß Krankenhausaufenthalt und vor allem die Bettruhe die Depressiven erheblich beruhigen. Analogie mit den Beobachtungen bei Föhnwetter in den südlichen Ländern (Affektverbrechen bei Föhnwetter werden in Italien milder beurteilt). *M.* glaubt jedoch, daß außer dem Barometerstand und der Lufttemperatur noch andere bisher unbekannte Umstände mitwirken müssen, da seine Voraussagen zwar meistens stimmten, mitunter jedoch aus bisher unerklärlichen Gründen nicht eintrafen.

Rittershaus (Hamburg) fragt, ob die Geschwindigkeit der Luftdruckveränderung oder ob körperliche Anstrengung dabei einen wesentlichen Einfluß haben.

Haug (Rostock). Der Liquordruck ist ein sehr feiner Test für Änderungen in der Blutverteilung im Z. N. S. Aus der absolut synchronen Änderung des Liquordruckes mit der Änderung des Luft- und Blutdrucks ist zu schließen, daß auch für jene Fälle *Schaltenbrands*, in denen der R. R sich noch nicht ändert, doch Änderungen in der Blutverteilung im Z. N. S. (venöses System) für die Liquordruck-Änderungen verantwortlich zu machen sind, nicht aber Änderungen der Liquormenge selbst, wenigstens nicht in der kurzen Zeit, in der die Versuche von *Schaltenbrand* sich abspielten.

Braun (Kiel) hält die Möglichkeit für gegeben, daß die Änderungen des Blut- und Liquordruckes von einer Störung höchster vegetativer Regulationszentren im Zwischenmittelhirn abhängig sind.

Buß (Harburg) fragt, ob es sich bei diesen Liquordrucksteigerungen nicht um einen durch den Minderaußendruck hervorgerufenen rein mechanischen Reiz handeln könnte, der durch eine Volumzunahme der einzelnen Zellen durch die auch intrazellulär sich bemerkbar machen müssende Druckminderung erklärbar wäre.

Weygandt (Hamburg) fragt, wie der oft zitierte, aber wohl nicht ganz konstante Einfluß großer Höhen auf den Schlaf zu erklären ist; bei einem eintägigen Aufenthalt auf mehr als 4500 m konnten die Bergführer keinen Schlaf finden, während er selbst über 10 Stunden schlief.

Schaltenbrand, Schlußwort: Die Luftdruckveränderungen, die in meinen Untersuchungen angewandt wurden, betragen ein Vielfaches der Schwankungen, die bei Witterungswechsel auftreten. Es gibt zweifellos Wirkungen der Witterung und des Klimas auf den menschlichen Körper, die auch durch viel geringfügigere Veränderungen ausgelöst werden. Es handelt sich hier aber um sehr komplizierte Vorgänge. In Frage kommen, abgesehen von den Änderungen des Luftdruckes, Änderungen der Ionisierung der Luft, der Bestrahlung, der Temperatur, der Feuchtigkeit. Jeder einzelne dieser Faktoren müßte besonders durchgeprüft werden. Die Wirkungen des Föhns beruhen nach Auffassung von *Storm van Leeuwen* auf Luftdruckschwankungen von niederer nicht mehr hörbarer Frequenz, für die bestimmte Menschen sehr empfindlich sind.

Braun (Kiel), »Über Blutdruckerkrankung und nervöse Konstitution«.

In Gemeinschaft mit dem Internisten *Schellong*-Kiel hat der Vortr. Verteilung und Grad der konstitutionellen Nervosität bei je 30—40 Fällen von essentieller Hypertonie der Jugendlichen, von klimakterischer Hypertonie und von Basedowscher Krankheit untersucht. Es erwies sich, daß sich die essentielle Hypertonie dabei grundsätzlich anders verhält als die klimakterische. Die essentiellen Hypertoniker wiesen fast alle konstitutionelle Nervosität, zum guten Teil hohen Grades, auf. Kein einziger sicher nicht Nervöser wurde unter ihnen gefunden. Bei der klimakterischen, also endokrin bedingten Hypertonie war etwa ein Drittel der Fälle sicher nicht nervös, die übrigen zeigten im allgemeinen Nervosität leichteren Grades. Die Basedow-Kranken verhielten sich fast genau so wie die klimakterischen Hypertoniker. Während die essentiellen Hypertoniker allermeist asthenischen und athletischen Körperbau aufwiesen, fanden sich unter den klimakterischen Hypertonikern sehr viel Pykniker und pyknische Mischformen.

Vortr. schließt aus diesen Befunden, daß zwischen essentieller Hypertonie und konstitutioneller Nervosität sehr viel engere biologische Beziehungen bestehen als zwischen dieser und den innersekretorisch bedingten Störungen. Die Nervosität ist vielleicht einer der konstitutionellen Faktoren, die der essentiellen Hypertonie zugrunde liegen. Da Vortr. eine angeborene Schwäche und Labilität der Zwischenmittelhirnzentren für eine wesentliche Grundlage der konstitutionellen Nervosität hält, sieht er in den Befunden eine Stütze für die — seit langem bestehende — Vermutung einer Zwischenhirngenese der essentiellen Hypertonie.

Diskussion: *Franke-Stehmann* (Hannover) fragt, ob auch entsprechende Untersuchungen bei den von *Schellong* herausgestellten Hypotonikern ausgeführt worden sind.

Pette (Hamburg): Daß es ein den Blutdruck regulierendes Zentrum gibt, kann heute als erwiesen gelten. Lehrreich und überzeugend sind in dieser Hinsicht vor allem die Fälle von apoplektisch oder traumatisch entstandener Hirnblutung, bei denen es gelegentlich zu gewaltigen Blutdrucksteigerungen kommt. Bericht über solche Fälle aus der Unfallpraxis. Daß nervöse Störungen und Blutdruck parallel gehen, trifft erfahrungsgemäß nur in einem bestimmten Prozentsatz der Fälle zu.

Rehm (Bremen): Die Trennung der idiopathischen Blutdruckerkrankung von der klimakterischen erscheint sehr schwierig, insofern die klimakterischen Fälle schon idiopathisch erkrankt gewesen sein können. Wenn solche Fälle unter den untersuchten wären, dann würde die vorgezeigte Tabelle eine andere Form erhalten müssen.

Braun (Kiel), Schlußwort: Schellong hat einzelne Fälle gefunden, bei denen nach Abklingen der essentiellen Hypertonie eine Hypotonie auftrat. Es handelt sich dabei offenbar um eine Schwankung der Blutdruckregulation nach der entgegengesetzten Richtung. Eine weitere Gruppe von Hypotonikern bringt *Schellong* mit Störungen des Hypophysen-Vorderlappens in Zusammenhang. Die Hypophyse steht ja in innigem Funktionskonnex mit dem Zwischenmittelhirn. Fälle von organischer Blutdrucksteigerung, wie sie Herr *Pette* und Herr *Schaltenbrand* erwähnen, sind auch mir bekannt; es handelt sich dabei um organische Läsionen, bei denen die Hirnbasis ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen sein dürfte. Ich erinnere mich eines Zwischenhirntumors, der Blutdrucksteigerungen aufwies, eines anderen, bei dem Hypotonie bestand. Diese Fälle repräsentieren den organischen Flügel der Reihe der zerebral ausgelösten Blutdruckstörungen. Es ist möglich, daß sich unter den Fällen von klimakterischer Blutdrucksteigerung essentielle Hypertoniker befinden; bei diesen tritt die endokrine Schädigung hinzu. Sie mögen in meiner Tabelle unter den von Haus aus nervösen Fällen von klimakterischer Hypertonie zu finden sein.

Rehm (Bremen): »Morphologie des Liquors bei Poliomyelitis«.

Vortr. erläutert an der Hand einer Tabelle das Verhältnis von Pleozytose zu den anderen wichtigen Symptomen bei 28 untersuchten Kindern der Kinderklinik in Bremen. Besser als von präparalytischem und paralytischem Stadium zu sprechen wäre, ein febriles und ein postfebriles Stadium zu unterscheiden. Lähmung tritt öfters schon im febrilen Stadium ein. Die Blutsenkungsgeschwindigkeit ist im Fieberstadium erhöht; der Liquorzucker ist manchmal vermindert, niemals vermehrt, die Goldsolkurve hat die Gestalt einer kleinen Lueszacke. Das Gesamteiweiß ist vermehrt, es besteht Pleozytose, von 75% Polynukleären nach Krankheitstagen langsam absteigend. Im afebrilen Stadium bis auf viele Wochen hinaus besteht noch eine mehr oder weniger starke Globulinvermehrung (Pandy). Die Pleozytose hält sich dann bis auf wenige Ausnahmen auf der Grenze (5—9 Zellen im cmm). Charakteristisch für die Poliomyelitis ist der Leukozytensturz mit Zytolyse aller vorhandenen Zellen im Liquor; wahrscheinlich geht er parallel mit einem Leukozytensturz im Blute. — Nach der Methode von *Alzheimer* gewonnene Präparate werden in vom Vortr. gemalten Bildern gezeigt. Bei

der Zytolyse verläßt oft der Zellkern den Plasmaleib in pyknotischem Zustande, es entwickeln sich Leukozytenfäden, welche bald selbständig werden. Manchmal verbreitern sich die Kerne der Polynukleären und werden zu Leukozytenplatten, die auch fädig zerfallen können. Das Zellprotoplasma erscheint in Monokelform, der Inhalt der kugeligen Figur wird stark lichtbrechend und sieht häufig wie ein Öltröpfchen aus. Im afebrilen Stadium, also vom 7.—10. Erkrankungstage an, treten die Polynukleären zurück, es erscheinen neben Lymphozyten Gitterzellen, einzelne Plasmazellen, die Bindegewebszellen mehren sich. Monokelformen halten sich noch lange (sie sind auch in der Zählkammer deutlich), ebenso sind noch lange Kernzerfallserscheinungen bei den Lymphozyten in Gestalt körnigen Zerfalls mit nachheriger Ausstoßung zu erkennen. Halskrausenförmige Pigmenthaufen von Chromatinfärbung und guirlandenartige Formen von Pigment mit Protoplasmafärbung ist noch nach Wochen reichlich vorhanden. Das Protoplasma trennt sich von Bindegewebszellen in großen Streifen ab. Schließlich finden sich in der elften Woche gewebsmäßig geschichtete Bindegewebszellen, anscheinend von der Pia losgelöst. Den ganzen Prozeß begleiten $^1/_2$—2 µ große unregelmäßig geformte, manchmal kokkenartig gepaarte Körnchen, die meist Chromatinabkömmlinge sind. Sie belegen die Präparate oft staubartig. Die Massenhaftigkeit der Zellen, der rasche Abfall in der Zahl, auch die Art könnten darauf hinweisen, daß der Zufluß aus den perivaskulären Räumen stammt, weil die Leptomeningitis bei der Poliomyelitis gering an Umfang zu sein scheint, weil die perivaskulären Räume prall mit Zellen beschriebener Art gefüllt sind und sich nach einigen Forschern die starklichtbrechenden Körnchen (von mir Glanzkörperchen genannt), sowohl in den Herden als auch in den abführenden Räumen und sogar im Blut und außerhalb von Leukozyten finden. Die Glanzkörperchen sind wahrscheinlich identisch mit den Noguchischen Körperchen und ähneln den bei der Lyssa und Bornaischen Krankheit gefundenen Körperchen.

Diskussion: Es sprach *Környey* (Hamburg).

Rehm, Schlußwort.

Haug (Rostock), »Experimentelle und klinische Untersuchungen zur Frage der Beziehungen zwischen Goldsolreaktion, Zellgehalt und Eiweißrelation im Liquor cerebrospinalis«.

Es handelt sich bei den vorliegenden Untersuchungen in der Hauptsache um eine Nachprüfung der vor einigen Jahren von *F. Falkiewicz* geäußerten Auffassung, wonach der Art der Pleozytose im Liquor eine hervorragende Bedeutung für den verschiedenen Ausfall der Goldsolreaktion zukommt. In experimentellen Untersuchungen wurden zu normalem Liquor gewaschene Lympho- und Leukozyten in verschiedener Menge pro cmm zugesetzt. Nach Eintritt der Zytolyse, d. h. nach etwa 20—50 Stunden, wurde die Goldsolreaktion und die Eiweißrelation in den so erzeugten künstlich pathologischen Liquores angestellt und mit denjenigen der Normalliquore in Vergleich gesetzt. Als ein weiteres Kriterium wurde die Bestimmung der Eiweißrelation nach *Kafka* noch mit herangezogen. Dabei hat sich in Übereinstimmung mit *Falkiewicz* gezeigt, daß durch Änderungen der Art der Pleozytose leichte Ausfälle der Goldsolreaktion erzeugt werden können, die bei Lymphozytenzusatz (es handelte sich um gewaschene von Tabikern und Paralytikern stammende Liquorlymphozyten) mehr linksgelagert waren, bei Leukozytenzusatz aber (gewaschene Liquorleukozyten und körper-

eigene und körperfremde Furunkelleukozyten) mehr im Bereich der meningitischen Sphäre der Goldsolkurve lagen, doch waren in beiden Fällen die Ausfälle nicht sehr stark, auch bei verhältnismäßig hohen Zellzusätzen (bis 1750/3 Lymphozyten pro cmm und bis etwa 30000/3 Leukozyten pro cmm) sogar auffallend gering. Die Eiweißrelationsverhältnisse ergaben in beiden Fällen meist eine leichte Zunahme des Gesamteiweißes, die bei Lymphozytenzusatz mehr auf einer Zunahme der Globuline beruhte, so daß der Eiweißquotient hier meist anstieg, bei Leukozytenzusatz aber weniger eindeutig eine Bevorzugung eines Eiweißkörpers zeigte — in etwa der Hälfte der Fälle sank der Eiweißquotient hier ab, in einigen Fällen stieg er jedoch auch an.

Auch klinisch unter diesem Gesichtspunkte verfolgte Fälle zeigen, daß die Verschiebung der Zellreaktion im Verlaufe einer entzündlichen Erkrankung des Zentralnervensystems von der leukozytären zur lymphozytären hin allermeist von einer Verschiebung des Flockungsmaximums der Goldsolkurve von rechts nach links begleitet ist — Ausnahmen kommen vor und gerade auch bzgl. der Zellzahl und der Stärke der Flockungszone zeigen die klinischen Beobachtungen sehr häufig beachtliche Ausnahmen, die bei den experimentellen Untersuchungen in dieser Weise nicht vorhanden waren.

Zusammengefaßt zeigen die Untersuchungen, daß die Liquorzellen offenbar die für den Ausfall der Kolloidreaktionen charakteristischen spezifischen Eiweißkörper (Globuline) enthalten und bei ihrer Auflösung offenbar an den Liquor abgeben. Zwischen der Höhe des Eiw.-Quot. und der Lage der Flockungszone des Goldsols scheint keine eindeutige Beziehung zu bestehen, also nicht die Quantität, sondern vielmehr die Qualität der Globuline scheint bestimmend zu sein für den verschieden gelagerten Ausfall der Goldsolreaktionen. — Demonstration von drei Kurven.

Diskussion: *Walter* (Bremen): Die Untersuchungen zeigen m. E. deutlich, daß der Zellgehalt des Liquors nicht die Ursache der Goldsolkurve sein kann, auch wenn man vielleicht gegen die Methodik einwenden könnte, daß das Auswaschen der Zellen ihren Eiweißgehalt bereits vermindert oder gar verändert hat. — Die Tatsache, daß wir z. B. bei multipler Sklerose mit relativ sehr geringem Zellgehalt eine typische Paralysekurve sehen und bei Paralyse kein Parallelismus zwischen Zellgehalt und Goldsolkurve besteht, beweist dies m. E. eindeutig! Zahl und Art der Liquorzellen ist vermutlich nur ein Symptom, das möglicherweise in gewissem Umfang dem aus anderen Quellen stammenden Liquoreiweiß entspricht.

Riebeling (Hamburg) fragt nach den Eiweißquotienten der Aufschwemmungen der weißen Blutkörperchen, die als Zusatz verwandt worden waren. Pathologisches Liquoreiweiß stammt sicherlich z. T. aus dem Gehirn oder seinen Häuten. Mit Eiweißlösungen aus paralytischer Hirnsubstanz lassen sich ähnliche Kolloidkurven erzielen wie mit Paralyseliquor selbst.

Haug (Rostock), Schlußwort: Zur Frage von Herrn *Riebeling*: Goldsolreaktion und Eiweißrelation mit reinen Lympho- und Leukozytenaufschwemmungen wurden nicht gemacht, erschienen für die vorliegende Fragestellung auch nicht von wesentlicher Bedeutung, denn es wurde in jedem Falle, ja zu demselben Zeitpunkte auch der nicht mit den Zellen versetzte Normalliquor zur Kontrolle mituntersucht und damit ausge-

schlossen, daß die gefundenen Veränderungen lediglich z. B. auf das Altern des Liquors zurückzuführen waren. Zur Diskussionsbemerkung von Herrn Prof. *Walter*, Bremen: Auch Vortragender entnimmt, wie Herr Prof. Walter, den Untersuchungen, daß der Art der Pleozytose zwar eine gewisse Bedeutung für den Charakter der Goldsolreaktion zukommt, möchte aber daraus auch keineswegs schließen, daß die die Kolloidreaktionen bedingenden spezifischen Globuline nur aus den Liquorzellen stammen bzw. nur den Weg über dieselben nehmen. Mit Herrn Prof. *Walter* wird man die Art der Pleozytose hauptsächlich als ein Symptom für bestimmte pathologische Vorgänge an den Eiweißkörpern des Zentralnervensystems auffassen müssen, hervorgerufen vielleicht durch chemotaktische Vorgänge, wie sie auch sonst in der Pathologie eine Rolle spielen; wir erinnern an das Auftreten von eosinophilen Zellen, von Plasmazellen u. a. m. bei bestimmten Gegebenheiten; jedoch wird man annehmen müssen, daß die Liquorzellen von den den spezifischen Kolloidausfall bedingenden, für die zugrunde liegende Krankheit charakteristischen Eiweißkörpern (Globulinen) enthalten.

Geyer (Kiel): »Über posttraumatische Muskelatrophie und progressive spinale Muskelatrophie«.

Bericht über zwei Patienten, die nach Unterschenkelfraktur an posttraumatischen atypischen Muskelatrophien erkrankten; nach isoliertem Fortbestand und Stärkerwerden dieser Atrophien trat im ersten Falle nach zehn, im zweiten Falle nach vier Jahren eine progressive spinale Muskelatrophie auf. Es wird angenommen, daß die Disposition zur spinalen Erkrankung angeboren oder erworben zur Zeit des Traumas bereits vorhanden war, und daß dieselbe gelegentlich der Verletzungen als Vorderhornschwäche in Gestalt der atypischen Atrophien deutlich wurde. Daß in beiden Fällen die Jahre später einsetzende spinale Erkrankung durch die Traumen ausgelöst worden sei, wird unter Hinweis auf die Literatur abgelehnt und mitgeteilt, daß sich auch unter den 21 in den Jahren 1900 bis 1933 an der Kieler Klinik beobachteten Fällen von progressiver spinaler Muskelatrophie nur einmal anamnestisch ein vielleicht auslösendes Trauma finden ließ.

Pedersen (Kiel), »Epilepsie und Hirntumor«.

Vortr. bespricht die Bedeutung der verschiedenartigen Krampfanfälle beim Tumor cerebri, insbesondere weist er auf die große Bedeutung der Epilepsie als Initial- und Frühsymptom bei einer Reihe von Fällen hin. Von 120 Tumoren der Kieler Klinik aus den letzten Jahren hat die auffallend große Zahl von 14 Fällen von drei bis 12 Jahren vor den eigentlichen Tumorsymptomen epileptische Erscheinungen gezeigt. Einige besonders charakteristische Fälle dieser Art werden genauer besprochen. Gemeinsam für alle Fälle ist die fehlende erbliche Belastung, dann das Ausbleiben der typischen epileptischen Wesensveränderung und endlich die fortschreitende Änderung im Anfallsablauf. Eine bevorzugte Lokalisation ist das Stirnhirn. Zum Schluß wird auf die große praktische Bedeutung der rechtzeitigen Erkennung dieser Fälle hingewiesen. (Erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

Diskussion: *Pette* (Hamburg). Zur Klärung der Tatsache, daß nur bei einem verhältnismäßig kleinen Prozentsatz aller Hirntumoren epileptiforme Anfälle auftreten, ist die Heranziehung konstitutioneller Momente (Krampfbereitschaft) unerläßlich. Die verschiedene Reaktionsweise der

verschiedenen Menschen in dieser Hinsicht läßt sich besonders eindrucksvoll bei dem extraduralen Haematom zeigen. Bei gleicher Lagerung des Haematoms kommt es nur bei einem kleinen Prozentsatz der traumatisch Geschädigten zu epileptiformen Anfällen. Nach eigenen Erfahrungen sind es von den intracerebralen Geschwülsten vor allem die anatomisch gutartigen Gliome (Astrocytom, Oligodendrogliom), in deren Entwicklung epileptische Anfälle auftreten. Nur ausnahmsweise sind es die anatomisch malignen, die schon früh zur Hirnschwellung führen.

Glettenberg (Hannover) erwähnt das besonders häufige Vorkommen von epileptischen Anfällen allgemeiner Art bei Schläfenlappentumoren.

Pedersen (Kiel), Schlußwort: Eine Reihe Untersucher haben auch bei Schläfenlappentumoren besonders oft Krämpfe festgestellt, ebenso viele geben aber dem Stirnhirn eine bevorzugte Stellung. Es lassen sich auf Grund zu kleiner Zahlenreihen keine absoluten Schlüsse ziehen.

Pette (Hamburg): »Die epidemische Meningitis ungeklärter Ätiologie.«

Vortr. berichtet über jene Formen der Meningitis, die wir in den letzten Jahren in Hamburg und Umgebung zeitlich gehäuft auftreten sahen.

Es ist das Krankheitsbild, dem wir im Schrifttum als M. acuta serosa, als M. acuta aseptica, M. idiopathica, M. purulenta benigna u. a. m begegnen.

Vortr. berichtet über seine Erfahrungen hinsichtlich Klinik, Pathogenese und Ätiologie der Erkrankung. Der Beginn war stets akut; wiederholt fand sich in der Vorgeschichte einige Tage vor Auftreten der meningitischen Erscheinungen ein katarrhalischer, fieberhafter Infekt. Der Verlauf war stets gutartig. Folgeerscheinungen wurden niemals beobachtet. Als differentialdiagnostisch wichtiges Kriterium gegenüber der Meningokokken-Meningitis erwies sich das Ergebnis der Blutsenkungsgeschwindigkeit, insofern sie niemals nennenswert erhöht war. Da die Fälle — wenigstens teilweise — mit dem Auftreten der Poliomyelitis zeitlich zusammenfielen, vertritt Vortr. den Standpunkt, daß ein Teil jener Meningitisfälle durch das Poliomyelitisvirus erzeugt wird. In diesem Sinne spricht nicht zuletzt auch die Tatsache, daß einige Male Reflexanomalien (Schwinden von Patellar- und Achillessehnenreflexen, einzeln oder zusammen) beobachtet wurden. Diese Beobachtung wurde auch in Fällen gemacht, bei denen sich die meningealen Reizerscheinungen (Fieber, Pleocytose des Liquors) über längere Zeit erstreckten. Ob es außer diesen, der Poliomyelitis offensichtlich zuzurechnenden Fällen noch eine besondere, d. h. durch ein andersartiges Virus erzeugte Form der Meningitis gibt, läßt sich nicht entscheiden. Die experimentellen Versuche des Vortr., die Krankheit auf das Tier zu übertragen, blieben bisher erfolglos. Es wurde von mehreren Fällen Affen Liquor intracerebral injiziert. Auf keinen Fall erscheint es Vortr. angängig, das Virus der epidemischen Encephalitis als auslösendes Agens anzuschuldigen. Die nach dieser Richtung vorliegenden experimentellen Untersuchungen werden als der Kritik nicht standhaltend abgelehnt.

Diskussion, *Walter* (Bremen): Sind Ihnen Fälle mit Lokalsymptomen bekannt? Wie war die Senkungsgeschwindigkeit bei den fraglichen Poliomyelitisfällen?

v. Grabe (Hamburg) fragt, ob bei den prognostisch sonst günstigen Fällen psychische Defektzustände nachbleiben.

Rosenhagen fragt nach Liquor-Chlorgehalt und Differentialblutbild.

Weiter sprach zur Diskussion *Riebeling* (Hamburg).

Pette (Hamburg), Schlußwort: Die Blutsenkungsgeschwindigkeit bei der Poliomyelitis ist niemals erhöht, solange nicht Komplikationen seitens innerer Organe bestehen. Das Blutbild erwies sich nicht nennenswert verändert. Lokalsymptome wurden bei dieser Form der epidemischen Meningitis niemals beobachtet, insbesondere auch keine Pyramidenzeichen. Die Fälle heilten restlos aus. Psychische Störungen wurden nur im akuten fieberhaften Stadium beobachtet, nicht aber mehr später.

Meggendorfer (Hamburg): »Demonstration mehrerer Fälle von Pellagrapsychosen.«

Vortr. weist darauf hin, daß uns die Pellagra fast als eine exotische Krankheit erscheint, daß aber in den letzten Jahren auch in Norddeutschland eine ganze Reihe von Pellagrafällen beobachtet wurde. Er geht kurz auf die Symptomatologie und die Ätiologie der Pellagra ein, erwähnt die eigene, in Italien gemachte Beobachtung einer größeren Zahl von Pellagrafällen, sowie von sieben neueren Beobachtungen in Hamburg-Friedrichsberg. Ausführlicher bespricht er an Hand von Lichtbildern einen vor kurzem hier ad exitum gekommenen Fall und stellt schließlich einen Fall vor, der zur Remission gelangte.

Diskussion, *Rehm* (Brehmen): Die Fälle von Pellagra sind sicher sehr viel häufiger, als man bisher weiß. Anführung von zwei Fällen, welche im Verlaufe einer manisch-melancholischen Psychose bei geringer Nahrungsaufnahme eintraten und abheilten nach Zuführung reichlicher Vitamine.

Riebeling (Hamburg): Bei den hier untersuchten Fällen ist der Eiweißgehalt des Blutes regelmäßig erniedrigt gewesen, und zwar auf Kosten des Albumins. Dadurch kommen sehr erhöhte Eiweißquotienten zustande. Chlorgehalt des Blutes meist niedrig, Kalziumgehalt des Blutserums im Gegensatz zu den Befunden von *Turner* nur im frischesten Fall hochnormal, sonst erniedrigt. Liquorchloride normal, Liquorkalk dagegen vermehrt, Blutliquorquotienten für Chlor wie für Kalzium auffallend niedrig. Für bindende Schlüsse ist indes die Zahl der Untersuchungen (vier bzw. fünf) noch zu niedrig.

Demme (Hamburg): Bericht über einen ganz akut tödlich verlaufenen Fall von Encephalitis periaxialis diffusa.

Im Anschluß an einen starken Schnupfen stellte sich bei dem Kranken eine rechtsseitige Halbseitenlähmung mit Hemianopsie ein. Im Liquor ausgesprochen entzündliche Veränderungen (220/3 Zellen). Trepanation wegen Verdacht auf Hirnabszeß: nur leichte Hirnschwellung. Tod an Pneumonie 10 Tage nach Auftreten der Lähmungserscheinungen. Obduktion: mäßige Schwellung der linken Hemisphäre. Auf Querschnitten durch das Gehirn sieht man in der linken Hemisphäre einen auf die weiße Substanz beschränkten landkartenartig scharf begrenzten Herd, der vom Frontalhirn bis in das Okzipitalhirn reicht. Keine Erweichung. Markscheidenpräparate zeigen eine noch nicht vollständige Entmarkung im Bereich des Herdes. Im Innern des wallartig begrenzten Herdes sieht man zahlreiche Fettkörnchen- und Makrogliazellen. Über das ganze Gehirn verstreut, am häufigsten in der Umgebung des Herdes, finden sich kleine perivaskuläre Infiltrate. Ferner besteht eine vorwiegend lymphocytäre Meningitis, am stärksten in der Nähe des Herdes. — Der Fall gehört in

die akut entzündliche Gruppe der Encephalitis periaxialis diffusa. Der Bau des Herdes erinnert sehr an die ganz akuten Herde bei multipler Sklerose.

Diskussion, *Walter* (Bremen): Ich bezweifle heute doch, daß die akuten entzündlichen und chronisch degenerativen Fälle mehr miteinander zu tun haben, als daß die Ausfälle des großen Marklagers einander gleichen. Ätiologisch gehören sie m. E. nicht zusammen, und es ist gefährlich, sie mit dem gleichen Namen zu belegen.

Pette (Hamburg): Eine scharfe Teilung zwischen akuter multipler Sklerose und *Schilder*scher Krankheit ist weder klinisch noch anatomisch für alle Fälle möglich. Hier gibt es Übergangsformen; eine solche ist offensichtlich auch der von Herrn *Demme* demonstrierte Fall, bei dem die Markscheidenbilder erkennen lassen, wie der große Herd aus zahlreichen kleinen gefäßgebundenen Herden entsteht. Auch dieser Fall zeigt wieder einmal, daß vor Auftreten der ersten zerebralen Erscheinungen ein akuter katarrhalischer, wahrscheinlich unspezifischer Infekt bestand.

Rehm (Bremen) fragt, ob bei den anderen vom Vortr. aus der Literatur angeführten Fällen auch eine derartig starke, diffuse Meningitis vorhanden war wie in dem gegenwärtigen Falle. Diese Meningitis weist auf einen akuten, vielleicht infektiösen Beginn hin.

Schaltenbrand (Hamburg): Bei dem Fall von Schilderscher Encephalitis, den ich an der *Cushingschen* Klinik beobachtet habe, konnte die Diagnose bereits während des Lebens gestellt werden. Charakteristisch war neben der auffallenden Schläfrigkeit, der Entwicklung einer Neuritis optica, das langsame Auftreten von Symptomen beider Großhirnhemisphären, manchmal unter Begleitung leichter Temperaturen. In meinem Fall war die Makrogliose sehr viel ausgeprägter; eine intensive Verfettung und spongiöse Auflockerung der Marksubstanz stand im Vordergrunde. Auffällig war der primäre Zerfall der Oligodendroglia. Ich glaube, daß die histopathologischen Unterschiede in meinem Fall und dem *Demme*schen Fall ausreichend erklärt sind durch den außerordentlich foudroyanten Verlauf des *Demme*schen Falles.

Ferner sprach zur Diskussion *Glettenberg* (Hannover).

Demme (Hamburg), Schlußwort: Die vorwiegend degenerativen Fälle müssen vorläufig von den vorwiegend entzündlichen getrennt werden. Die mesenchymale insbesondere meningitische Reaktion war im vorliegenden Fall besonders stark.

Marinesco und *Kreindler* (Bukarest): »Chronoaxie und bedingte Reflexe« (vorgetragen von *Riebeling*, Hamburg): Nach den Prüfungen von *Pawlow* mit der Methodik der bedingten Reflexe über die grundlegenden Vorgänge in der Dynamik der Hirnrinde sind zu unterscheiden: Irradiation und Konzentration der Erregung, die Hemmung und die reziproke Induktion. Die Feststellung der Chronaxie gestattet, mit einer objektiven Meßmethode die Vorgänge in der Hirnrinde ebenfalls zu prüfen. Die ersten Messungen mit dieser Methode wurden von *Rizzolo* ausgeführt. Über diese Ergebnisse wird einleitend kurz berichtet. Dann gehen die Verff. auf die eigenen Untersuchungen an 12 Hunden und 6 Katzen ein. Es wurde meist Äther- oder Chloralose-Narkose angewandt, in einigen Fällen auch Morphinnarkose, die aber ungünstiger ist, weil toxische Einflüsse auf die Chronaxie möglich sind. Deshalb wurden hierbei, auch vor-

sichtshalber bei der Chloralose-Narkose, die Untersuchungen erst 4—5 Stunden nach der Narkose angefangen. Die Chronaxie der Hirnrinde erwies sich als so schwankend, daß es kaum möglich ist, für jeden Punkt einen optimalen Wert anzugeben, wie das andere Autoren getan haben. Der Begriff des »optimalen Erregbarkeitspunktes« hat dadurch viel an Wert verloren. Die Irradiation der Erregung äußert sich durch eine Abnahme der Chronaxie des Meßpunktes. Nach längerer Stromeinwirkung auf den gereizten Punkt wird übrigens das umgekehrte Resultat erzielt. Induktion läßt sich nicht regelmäßig nachweisen, überhaupt nicht an mit Morphium narkotisierten Tieren. Es gibt Faktoren, die die reziproke Induktion begünstigen und andere, die sie hemmen, die aber alle schlecht faßbar sind. Die Möglichkeit der Störung der Versuche durch Stromschleifen haben die Verff. durch die Methode von *Dusser de Barenne* ausgeschaltet, indem sie Glaslamellen senkrecht in die Umgebung der zu untersuchenden Rindenpartien einließen. Ein gewisser Parallelismus zwischen den Erscheinungen der Hirnrindendynamik, wie sie *Pawlow* angegeben hat, und den Ergebnissen der chronaximetrischen Methode scheint zu bestehen. Die experimentellen Bedingungen, unter denen die Verff. arbeiteten, waren, wenn nicht identisch, so doch mindestens analog den von *Pawlow* angewandten. Ob es nun aber die von den Verff. gefundenen Erregbarkeitsänderungen sind, die die von *Pawlow* beschriebenen Erscheinungen verursachen, oder ob es sich um zwei parallel verlaufende Erscheinungen handelt, die nur bedingt voneinander abhängen, läßt sich bislang noch nicht entscheiden (Referiert von *Riebeling,* Hamburg).

Kreyenberg (Hamburg): Intra- und extrakranielles Rankenangiom.

Vortr. berichtet über drei Patienten, bei denen ein ausgesprochener Hautnaevus des Gesichtes, ein Hydrophthalmus, Jacksonsche Epilepsie, Imbezillität und Hemiplegie besteht. Röntgenologisch konnte in zwei Fällen ein Rankenangiom des Gehirns nachgewiesen werden. Die Naevi liegen auf derselben Seite wie das Rankenangiom. Die Lähmung ist kontralateral. Die in Mitleidenschaft gezogene Hemisphäre ist unterentwickelt, wodurch die Defektzustände zu erklären sind. Wichtig zur Diagnosestellung ist die Neigung zur Kalzifikation.

Riebeling (Hamburg): »Fall von Blastomycose.«

17jährige Kranke, familiär in puncto Psychosen und Tuberkulose und selbst konstitutionell völlig unbelastet, mit generalisierter Blastomycose. Hefezellen ließen sich mikroskopisch in Blut, Liquor und Urin, kulturell aus dem Blut züchten und nach Impfung von Kaninchen in deren Liquor sowie in Makrophagen der Lunge nachweisen. Die Kranke bot bei der Aufnahme einen exogen gefärbten manischen Erregungszustand. Heute, nach drei Monaten, ist eine exogene Komponente der Psychose nicht mehr sicher nachweisbar. Der Fall unterscheidet sich von allen bisher beschriebenen dadurch, daß es zum ersten Male gelungen ist, ein Anfangsstadium der Hefeinfektion zu beobachten. Alle anderen Fälle wurden, soweit überhaupt in vivo diagnostiziert, in viel späteren Stadien entdeckt. Wichtig ist die völlig fehlende Abwehr des Organismus gegenüber den vorwiegend als Fremdkörper wirkenden Hefezellen. Die Zusammenhänge zwischen der exogenen Schädigung und der zweifellos im Beginn exogen wirkenden Psychose werden diskutiert. Ob die Psychose ursächlich mit der Infektion

zusammenhängt, oder nur auslösend und formend gewirkt hat, oder ob die beiden Krankheiten gar nichts miteinander zu tun haben, wird sich niemals endgültig entscheiden lassen; am wahrscheinlichsten ist die zweite Möglichkeit.

Diskussion, *Demme* (Hamburg): Bericht über einen gemeinsam mit *Mumme* publizierten Fall: Blastomycose der Lunge mit Durchbruch in die Liquorräume. Chronische Meningitis mit Eindringen in die perivasculären Räume. Das Nervenparenchym reagiert auf die Hefen überhaupt nicht.

Pette (Hamburg): Kreisen die Pilzformen immer weiter im Blut, so ist mit der Wahrscheinlichkeit zu rechnen, daß in nächster Zeit sogenannte Hefetumoren an verschiedenen Stellen des Körpers entstehen, die sich alsdann im Hirn und Rückenmark klinisch entsprechend auswirken würden.

Schlußwort: *Riebeling* (Hamburg): Es wird nochmals gegenüber den von *Pette* zitierten Fällen *Freemans* und dem von *Demme* zitierten eigenen Fall hingewiesen auf das so frühzeitig, ohne Meningitis, erfaßte Stadium der Erkrankung. Nur einmal leichte meningitische Erscheinungen, die aber unwesentlich sind. Die Prognose hält Vortr. auch für ungünstig; indes besteht die Möglichkeit, daß sich der Körper doch der Eindringlinge erwehrt (Beispiel der Makrophagen in der Kaninchenlunge) und außerdem die Tatsache, daß es *Benedek* gelungen ist, Erreger von Hautpilzerkrankungen (Schizosaccharomyces) aus dem strömenden Blute zu züchten, ohne daß über eine bleibende Schädigung der Patienten das geringste mitgeteilt wird. Auf die interessante Biologie der gefundenen Hefen konnte nicht mehr eingegangen werden.

Weygandt (Hamburg): »Klinische Demonstrationen.«

1. 12jähriger Junge mit tuberöser Sklerose: tief idiotisch, mutistisch, unsauber, unruhig, häufig epileptische Anfälle. Adenoma sebaceum, am Hals pendelnde Fibrome, am Rücken weiche Papillome, pigmentlose und milchkaffeefarbige Flecken, an den Zehen ganz kleine subunguale Fibrome.

2. 33jährige Patientin mit tuberöser Sklerose: epileptische Anfälle, Debilität, Adenoma sebaceum, Acne rosacea, zahlreiche größere Fibrome am Zahnfleisch sowie an den Nagelfalzen, hier bis zu erbsengroßen, pilzförmigen Tumoren; die Nägel sind mißbildet mit Längsdellungen.

3. 52jährige Patientin mit atypischer tuberöser Sklerose; zunächst imbezill, mit 18 Jahren Krämpfe, Verwirrtheit, Erregung, Coma, Dämmerzustände, Nahrungsverweigerung, auch Hemmungen, Negativismus, Katalepsie, Manieren; später vereinzelt schwere Krämpfe, starke Erregung, Gewalttätigkeit; Sprache verwaschen, tiefer Schwachsinn. Plumper Gesichtsschädelbau; im Gesicht Epheliden, am Körper, besonders am Rücken, zahllose verhornte flache Wärzchen in streifiger Anordnung, zum Teil pigmentierte Naevi, an den Händen weiße Stellen. Histologisch Wucherung der Stachelzellenschicht (Acanthosis), Hyperkeratose, follikuläre Cystenbildung, spongiöse Verflüssigung des Stachelzellenprotoplasmas, etwas periadventitielle Wucherungen lymphocytären Typs.

4. $7^1/_2$jähriger Junge war noch mit 5 Jahren normal. Darauf wurde er unruhig, teilnahmslos, verlor die Sprache vollständig; leichte Tonusveränderungen; im Liquor etwas Zellvermehrung und Globulinvermehrung. Histologische Untersuchung eines exstirpierten Rindenpartikels ergab schwer

veränderte Ganglienzellen, Zerfall der Nissl-Schollen, vakuolinierten Zellleib, die Spitzenfortsätze mehrfach korkzieherartig geschlängelt, Glia leicht progressiv verändert; also ein nicht entzündlicher Parenchymprozeß, besonders der Ganglienzellen. Klinisch entspricht das Bild der Dementia infantilis, auch nach den von *Zappert* geforderten Symptomen, die wohl zu unterscheiden ist von der Dementia praecocissima oder Schizophrenie des Kindesalters.

5. 44jährige lipodystrophische Idiotin, 142 cm lang, Kopfumfang 54,5 cm, Gewicht bis 128 kg, Grundumsatz um 20% herabgesetzt. Zeitweise war sie bösartig und gewalttätig. Jetzt heiterer Schwachsinn, sie spricht etwas, sie rechnet und schreibt ganz minimal, hilft bei der Hausarbeit; ist nicht dysgenital. Offenbar Hypophysenstörung durch Binnendruckerhöhung.

6. 36jährige Patientin mit halbseitiger spastischer Lähmung, leichten Anfällen, mittlerem Schwachsinn, heiterer Stimmungslage, sowie Lipomatose; offenbar porencephaler Defekt mit Störung der Hypophyse, infolgedessen Lipomatose.

7. 11jähriger Junge erkrankte mit 4 Monaten an Krämpfen, war mit 19 Monaten deutlich schwachsinnig und lipomatös, Kopf hydrocephal. Mit 6 Jahren Körperlänge 127, Kopfumfang 57; es stellte sich Schnurrbartanflug, dichte Schambehaarung ein, Membrum 12 cm lang, Kehlkopf größer, als dem Alter entspricht, rauhe Stimme, unkindliches Wesen. Encephalographisch starke Erweiterung der Seitenventrikel. Nach Ventrikelpunktion psychisch Besserung. In letzter Zeit dichterer Bartwuchs, auch Backenbart, aber etwas Abmagerung des Körpers. Histologisch ergab sich Verschmälerung der Großhirnrinde und eine leichte Vermehrung der Neuroglia. Offenbar war in den ersten Monaten Encephalitis erfolgt, die Schwachsinn und Liquorvermehrung bedingte, durch welche Druck auf die Hypophyse ausgeübt wurde, was Lipomatose zur Folge hatte. Später wirkte erhöhter Binnendruck schädigend auf die Epiphyse; infolge der Ausschaltung der epiphysären Bremswirkung trat Pubertas praecox hervor, die körperlich deutlich, psychisch nur angedeutet, durch den Schwachsinn überdeckt ist.

Langelüddeke.

Personalia.

Nekrolog: Professor Dr. med. et phil., Dr. agr. h. c. *Erwin Baur*. Von einem mit gewohnter Meisterschaft beendigten Vortrage aus Görlitz heimeilend zur Teilnahme an der Totenfeier für seinen großen Berufsgenossen, den Vererbungsforscher *Carl Correns*, mußte *E. Baur* in Berlin, von einem plötzlichen ernsten Unwohlsein ergriffen, das Krankenhaus aufsuchen und fiel hier innerhalb Tagesfrist am 2. 12. 1933 zwei schweren Anfällen von Angina pectoris zum Opfer. Im kräftigsten Mannesalter, aus voller Gesundheit heraus, wurde so ein überaus arbeitsreiches und selten wertvolles Leben lange vor der Zeit angefordert, vor der Vollendung hochbedeutsamer Arbeiten, viel zu früh für seine Wissenschaft, die Vererbungsforschung, für sein Volk, ja für die Menschheit. Ein Glück, daß wenigstens eine Reihe seiner für die Allgemeinheit wichtigsten Untersuchungen abgeschlossen vorliegt.

Erwin Baur, geb. am 16. April 1875 zu Ichenheim in Baden als Sohn eines Apothekers, wurde Arzt, und zwar Psychiater, zuerst an der psychiatrischen Klinik in Kiel unter *Siemerling*, dann als Hilfsarzt an der heimatlichen Heilanstalt Emmendingen unter Direktor Dr. *Haardt*. Er war also einer der Unsrigen! Gerne erzählte er mir aus seiner Psychiaterzeit; er hing sehr an seinem Beruf und gab ihn nicht leichten Herzens auf. Als er aber erkannt hatte, daß er seine schon damals begonnenen biologischen Studien und Experimente neben den Anforderungen des Berufs nicht durchführen konnte, ging er kurz entschlossen zur Botanik über, zunächst am botanischen Universitäts-Institut in Freiburg. Nun begann sein rascher Aufstieg. Im Jahre 1904 sehen wir ihn bereits als Privatdozenten der Botanik an der Universität Berlin. 1911 wurde er Ordinarius der Botanik an der Landwirtschaftlichen Hochschule in Berlin-Dahlem, als Nachfolger von Geheimrat *Kny*. An dieser Hochschule begründete er 1913 ein Institut für Vererbungsforschung und wurde der erste Ordinarius für Vererbungsforschung in Deutschland. Im Jahre 1927/28 siedelte er als Direktor an das für ihn und von ihm erbaute Kaiser Wilhelm-Institut für Züchtungsforschung in Müncheberg (Mark) über. Hier konnte er seine zuerst auf einem kleinen Gute bei Potsdam begonnenen und auf dem Terrain der landwirtschaftlichen Hochschule in Dahlem weitergeführten Pflanzenzüchtungsversuche, die vom jahrelang gepflegten Gartenlöwenmäulchen ausgingen, in großem Maßstabe auf weiten Versuchsfeldern und in Gewächshäusern mit aller Energie und Gründlichkeit betreiben.

Bald wurden die ersten Erfolge bekannt. So gelang ihm die Züchtung einer süßen, eiweißreichen Lupine als wertvolles Viehfutter aus der vorhandenen bitteren, ungenießbaren Form; ferner die Entwicklung einer ertrag-

reichen Topinambur, die Erzielung einer meltauimmunen Weinrebe auf dem Wege der Kreuzung und Auslese, die Züchtung eines wetterharten, auch auf Sandboden gedeihenden hochwertigen Weizens. Durch Kreuzung unserer hochgezüchteten ertragreichen Kartoffel mit einer, von ihm selbst herbeigeholten Wildform aus dem Hochgebirge von Bolivia wurde eine frostunempfindliche Frühkartoffel, als Ersatz für die Maltakartoffel gedacht, gezüchtet. Stein- und Beerenobst wurden aufgezüchtet bzw. meltauimmun gemacht. Ein nikotinarmer Tabak wurde mit Erhaltung des vollen Aromas durch Züchtung und Auslese, also nicht durch künstliche Präparation, gewonnen. Noch manche andere, für Landwirtschaft und Volksernährung wichtige Probleme, so z. B. die Erzielung einer fettreichen Leguminose als Ersatz für die Sojabohne, wurden in Angriff genommen. Eine andere Aufgabe erkannte *E. B.* in der Anwendung künstlicher Reize, chemischer und physikalischer, so auch der Röntgenbestrahlung, auf die Versuchspflanzen, um daran die Erbänderungen zu studieren.

Unermüdlich und immer erfinderisch war *E. B.* am Werk, seine Ideen mit ernstester Gründlichkeit wissenschaftlich zu unterbauen, um sie so für die Praxis reif und beständig zu machen. Der leitende Gedanke war für ihn, durch Verbesserung der hauptsächlichsten Nutz- und Nährpflanzen die deutsche Landwirtschaft selbständig, und, so weit immer möglich, fähig zu machen, die Volksernährung nach und nach selbst zu bestreiten und damit die Einfuhr wichtiger Lebensmittel vom Auslande zurückzuschrauben oder auszuschalten, die Unkosten dafür einzusparen.

Unsere Heilanstalten könnten sich — nebenbei bemerkt — ein großes Verdienst und zugleich eigenen Nutzen erwerben, wenn sie in ihrer Landwirtschaft die Erzeugnisse der *Baur*schen Forschungen, d. h. das gewonnene Saatgut einführen, anbauen und verwerten.

Auf literarischem Gebiet war *E. B.* ungemein fruchtbar durch gediegenste Arbeiten aus seinem Fachgebiet:

1. Mitarbeit an dem Werke von *Baur, Fischer, Lenz*: »Menschliche Erblichkeitslehre und Rassenhygiene«,
2. »Einführung in die Vererbungslehre« — 1911, 11. Aufl. 1930,
3. »Wissenschaftliche Grundlagen der Pflanzenzüchtung« 1921,
4. »Die Grenzen der landwirtschaftlichen Selbstversorgung Deutschlands« — 1932,
5. »Untergang der Kulturvölker im Lichte der Biologie« — 1922.

Mit *M. Hartmann* zusammen gab er das »Handbuch der Vererbungswissenschaften« heraus.

Dazu kommen noch viele Einzelschriften über die Ergebnisse seiner Experimente und Untersuchungen, so z. B.: »Die Bedeutung der *Mendel*schen Gesetze für die Pflanzenzüchtung« — 1922, »Faktorenmutationen« — 1926, »Experimentelle Erzeugung leistungsfähigerer Kulturpflanzen und Rassen« — 1927 usw.

Als früherer Arzt und Psychiater blieb er natürlich auch der menschlichen Erblehre und der Eugenik zugewandt, wie er in manchen meisterhaften Vorträgen und Veröffentlichungen über die Anwendung der Erbgesetze auf sozialem, bevölkerungspolitischem und rassenhygienischem Gebiete bewies.

Als Organ für die neue Wissenschaft gab er die »Zeitschrift für induktive Abstammungs- und Vererbungslehre« heraus — 1909. An der

Gründung der »Deutschen Gesellschaft für Vererbungslehre« (1921) war er maßgebend beteiligt.

Unerreicht war *E. Baur* als Lehrer und Propagandist seiner Ideen und Studien. Man muß die kräftige gedrungene Gestalt, in blühender Gesundheit, inmitten seiner Arbeit auf den Versuchsfeldern von Müncheberg gesehen haben, wie er mit eindringlichster Beredsamkeit und vollendeter Klarheit seine Lebensarbeit bis ins einzelne darlegte und seine Zielsetzungen für die Weiterarbeit kundgab. Selten wird jemand es vermögen, große und schwierige wissenschaftliche Fragen und ihre praktischen Folgerungen für die Allgemeinheit dem Hörer so überzeugend und gründlich, und zugleich so einfach und natürlich einzuprägen.

Jeder Zoll ein Mann der Tat, ein unermüdlicher Kämpfer, der an sich selbst die höchsten Anforderungen stellte und stets auf die schwierigsten Probleme ausging, ein gründlicher wissenschaftlicher Geist, aber auch eine starke praktische Begabung und ein ins allgemeine gehender Organisator von hohen Graden, dazu ein glühender Patriot! *Max Fischer.*

Nekrologe *Kahl* und *Ebermayer.* Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat zwei seiner wenigen Ehrenmitglieder verloren, beide Juristen, beide hochbetagt: *Kahl* und *Ebermayer.* Da ich das Glück gehabt habe, mit beiden seit Jahren in enger Arbeitsgemeinschaft häufig zusammenzukommen, habe ich den Wunsch des Kollegen *Ilberg,* einige Worte des Nachrufs zu schreiben, dankbar begrüßt. Aber in dem Augenblicke der Verwirklichung sehe ich erst die Schwierigkeiten, die sich dieser Aufgabe entgegenstellen. Soll ich die wissenschaftliche Leistung, die amtliche Laufbahn, die besonderen Verdienste um Medizin und Psychiatrie in den Vordergrund stellen, oder das rein Menschliche; und wenn dieses: den alten oder den jungen *Kahl,* den alten oder den jungen *Ebermayer* schildern?

Auf den unzähligen Grabdenkmälern des alten Hellas sind immer nur junge Leute dargestellt; da nicht anzunehmen ist, daß man nur jugendlichen Persönlichkeiten ein Totenmal errichtet hat, muß wohl daraus gefolgert werden, daß es dem griechischen Empfinden in der Blütezeit der griechischen Kunst widerstrebte, alte Menschen darzustellen. Wie der geistvolle Leiter des archäologischen Instituts in Athen, Prof. *Caro,* gelegentlich einer Führung es ausdrückte, widerstrebte es den Griechen, bei den Toten die »Demütigung des Alterns« darzustellen; können wir ihnen in dieser Gesinnung folgen? Ich glaube nicht. Denn das, was uns mit den beiden Verstorbenen verbindet, ist die Ehrfurcht vor der Leistung; und zu dieser gehört neben der Zeit, die, nicht die Höhe, aber allein die Fülle der Leistungen ermöglicht, die Reife, die Abgeklärtheit, das weite Schauen. Und dieses ist das Ergebnis angestrengter Arbeit, der begeisterten Hingabe an die gegebenen und selbstgestellten Aufgaben, aber auch einer durch die Jahre hindurch erhalten gebliebenen Frische. Wenn der Beginn des Alterns mit dem Zeitpunkt zusammenfällt, zu dem die erworbenen Auffassungen sich so versteinern, daß sie für Wandlungen, Erweiterungen oder gar für grundsätzliche Abkehr nicht mehr zugängig sind, so sind *Kahl* und *Ebermayer* jung gestorben. Denn bis zum letzten Augenblick waren sie für alles Neue, Wertvolle zugängig und bereit, nach reiflicher Kritik natürlich, alles anzuerkennen, was von brauch-

baren Arbeiten und Anregungen geboten wurde. Und jung war auch ihre Schaffenskraft. Was *Kahl,* der ein Alter von 83 Jahren erreichte, was *Ebermayer,* der kurz nach seinem 75. Geburtstag starb, bis zuletzt gearbeitet haben, muß jeden jungen Menschen beschämen. Beide haben den alten Spruch »patriae inserviendo consumor« gelebt; gedacht wohl kaum; dazu haben wohl beide ihre Arbeit als etwas zu Selbstverständliches betrachtet.

Wilhelm Kahl wurde am 17. 6. 1849 geboren; er habilitierte sich im Jahre 1876 für Kirchen-, Staats- und Strafrecht und kam über Rostock, Erlangen und Bonn im Jahre 1895 nach Berlin. Die ersten 25 Jahre hat er sich im wesentlichen mit Kirchenrecht und Staatsrecht befaßt; das Strafrecht stand im Hintergrund. Aber dann griff er in einem entscheidenden Moment ein. Als *Franz von Lizst* in seiner berühmten Antrittsrede in Berlin 1899: »Die Aufgabe und die Methode der Strafrechtswissenschaft« eine weitgehende Abkehr von den bis dahin geltenden Grundlagen des Strafrechts verlangte, stellte *Birkmeyer* die Forderung auf, die Strafrechtsreform müsse sich ausdrücklich für die moderne oder für die klassische Richtung entscheiden. Demgegenüber betonte *Kahl,* daß die Wissenschaft »keine mittlere Linie, kein Entgegenkommen und keinen Ausgleich kenne«. Wohl aber könne der Gesetzgeber nur die Diagonale im Parallelogramm der Kräfte ziehen. So sehr also *Kahl* auch ein Anhänger der klassischen Schule war, so einsichtig war er für die Notwendigkeit einer Verständigung.

Man kann wohl sagen, daß von da ab ihn die großen Fragen des Strafrechts mehr und mehr in ihrem Bann schlugen. 1902 wurde er in das wissenschaftliche Komité berufen, das durch eine rechtsvergleichende Darstellung den Boden für die Strafrechtsreform wissenschaftlich begründen sollte. Dort entfaltete er seine ganze Kraft. Dieser Aufgabe entsprach nicht nur die Weltweisheit und Abgeklärtheit, die ihn stets auszeichnete; es war vor allem auch ein Stück seiner Natur, der das Versöhnende, das Milde näher lag als der Kampf bis aufs Äußerste. Nicht als ob *Kahl* geneigt gewesen wäre, an unrichtiger Stelle nachzugeben; in dem Streit, der sich um die Jahrhundertwende abspielte, vertrat er das Recht der Biesterfelder Linie in Detmold so entschieden, daß ihm der Kaiser seine Mißbilligung aussprechen ließ. Die tapfere Erwiderung *Kahls* machte dann aber offenbar auf den Kaiser einen solchen Eindruck, daß er ihm sein Bild zusandte.

So rückhaltlos *Kahl* hier für das Recht eintrat, bei dem Strafrecht konnte nach seiner Meinung nur der Weg gegangen werden, der ein Zweckstrafrecht, um diesen Ausdruck für die moderne Richtung zu prägen, mit den alten Überlieferungen, ja auch mit den alten Vorurteilen der Volksmeinung versöhnte.

Ein Ergebnis seiner Arbeiten war das Gutachten auf dem deutschen Juristentag im Jahre 1904 über »die Behandlung geistig Minderwertiger«, das eine ganz erstaunliche Belesenheit mit einer für den Nichtmediziner seltenen Einfühlung in das schwierige Problem bedeutete, und aus der dann seine starke Fühlungnahme mit der Psychiatrie entsprang. Diesem Gegenstande »Verminderte Zurechnungsfähigkeit« galt sein Beitrag für die 1909 beginnende »rechtsvergleichende Darstellung«, mit der er den I. Band eröffnete. Schon damals vertrat er in Übereinstimmung mit den Psychiatern die fakultative Strafrechtsmilderung bei der verminderten Zurechnungsfähigkeit, eine Kann-Vorschrift, nicht, wie später immer wieder — vom Standpunkt der Vergeltung

berechtigt, von dem der Rechtssicherheit aus unmöglich — verlangt wurde, einer Muß-Vorschrift.

Als dann der Vorentwurf erschien, arbeitete er zusammen mit *von Lizst, von Lilienthal* und *Goldschmitt* einen Gegenentwurf aus (1909). Nun stand *Kahl* im Mittelpunkt der Reformbewegung. In der nunmehr neu ernannten Kommission war er Mitglied und bald darauf, als durch Erkrankung des Ministerialdirektors *Lucas* dieser den Vorsitz niederlegen mußte, der Vorsitzende. Das war für *Kahl* die gegebene Aufgabe. Er besaß dazu nicht nur das Wissen und die geistige Überlegenheit, sondern, wie *Reinhold von Frank* in einem Aufsatz zu *Kahls* 80. Geburtstag aussprach, »ein aus tiefem seelischen Interesse erwachsendes Pathos, das nach außen hin autoritativ wirkte«. Zu Hilfe kam ihm dabei seine äußere Erscheinung, die klingende Stimme, die Beherrschung der Sprache, die ihn stets treffende Worte finden ließ, die nie verletzte, weil er auch dem Gegner Achtung entgegenbrachte. Nach dem Tode *Franz von Lizst*'s trat er auch dessen Erbe an. Unvergessen wird bleiben, daß er in den jahrelangen Beratungen der Ausschüsse der verschiedenen Parlamente den Vorsitz und, was mehr bedeutet, auch die geistige Führung besaß: unermüdlich, gewappnet mit dem ganzen Rüstzeug des Fachwissens, aber auch stets bereit, sich belehren zu lassen, hat er bis zur letzten Stunde, bis zu seinem Tode an der Strafrechtsreform führend mitgearbeitet.

Ein Wort über den Menschen, so wie ich ihn kennen gelernt habe. Stets von einer bezaubernden Liebenswürdigkeit, die jedes ernste Streben auch da, wo er anderer Meinung war, anerkannte, ein nicht leicht anspringender aber stets vorhandener Humor, der mich immer an *Raabe* erinnert, weil er aus der Tiefe seiner ernsten Weltauffassung entsprang; nur eines verhinderte, wohl nicht zur Freude *Kahls* selbst, die begeisterte Anhänglichkeit, deren sich etwa ein Mann wie *von Lizst* erfreute. Ich kann das wohl am besten mit den Worten kennzeichnen: denn eine Würde, eine Höhe, entfernte die Vertraulichkeit.

So blieb er uns, obgleich ganz gewiß nie irgendetwas von Herablassung zu merken war, doch stets etwas fremder als sein Freund und Kollege *Ebermayer*. *Ebermayer,* geboren am 15. 4. 1858, gehörte seit dem Jahre 1902 dem Reichsgericht an; erst als Reichsgerichtsrat, dann als Senatspräsident, seit 1921 als Oberreichsanwalt. Ich will nicht reden von der mannhaften Art, wie er sich bei der Behandlung der »Kriegsverbrecher« bewährte; das würde er als eine Selbstverständlichkeit betrachtet haben, über die man nicht spricht. Von einer unglaublichen Arbeitskraft getrieben, hat er — obgleich Praktiker, und sicher einer der Vielbeschäftigtsten —, die Strafrechtswissenschaft durch zahlreiche Arbeiten vertieft. Wie stark er das Gefühl gehabt haben muß, an der richtigen Stelle zu stehen, geht daraus hervor, daß er das ehrenvolle Anerbieten, nach *Wach*'s Tode dessen Leipziger Lehrstuhl zu übernehmen, ablehnte; erst als er, dem Gesetz der Altersgrenze, nicht dem des Alterns, unterworfen, abgehen mußte, nahm er die Stelle als Honorarprofessor in Leipzig an — eine neue Bürde zu seinen vielen; unermüdlich pendelte er zwischen Leipzig, seinem Wohnort und dem Ort seiner Lehrtätigkeit, und Berlin, dem Sitz des Strafrechtsausschusses, in dem er eine bedeutsame Rolle spielte, hin und her. Auf allen Tagungen, besonders denen der Internationalen kriminalistischen Vereinigung, deren Vorsitzender er jahrelang war, war er zugegen. Ungezählte Vorträge hat er den deutschen Ärzten und den Psychiatern gehalten. Wenn *Wunderlich,* einer seiner langjährigen Mitarbeiter, in einem

Nachruf E. eine hervorragende Rednergabe zusprach, die stets mit knappen Worten den Nagel auf den Kopf traf, so kann ich dem nicht ganz zustimmen. Die Kennzeichnung stimmt durchaus; und doch würde ich *Ebermayer* nicht einen hervorragenden Redner nennen. Er war in seiner Sprechweise, seinem innersten Wesen entsprechend, einfach, jedem Pathos abhold, kristallklar in seinen Ausführungen; aber da für Sachlichkeit, auch in der Wissenschaft das Gefühl der meisten nicht ganz so offen ist, wie für berauschende Worte, wird seine Redebegabung nur die große Gemeinde seiner Anhänger und seiner Freunde richtig würdigen, die ein Empfinden für ernste und unbestechliche Sachlichkeit, für das überzeugende, nicht für das überredende Wort haben.

Wir Ärzte verdanken *Ebermayer* eine Fülle von Aufklärung und Anregung; er hat lange Jahre hindurch regelmäßig alles das, was an Vorgängen und Entscheidungen für die Ärzte wichtig sein konnte, mit durchaus persönlicher Stellungnahme veröffentlicht und in seinem, in 5 Auflagen erschienenen Buche »Arzt und Patient in der Rechtsprechung« weiten Kreisen zugängig gemacht. Ich habe mir unzählige Male in diesem Buch, sowie in dem von ihm zusammen mit den Reichsgerichtsräten *Lobe* und *Rosenberg* herausgegebenen sogen. »Leipziger Kommentar« des Strafgesetzbuches Rat und Hilfe geholt. Aber so sehr ich die ungeheure Vielseitigkeit seines Wissens bewundert habe, immer drängt sich mir beim Niederschreiben der Mensch Ebermayer in den Vordergrund: die ewige Zigarre im Munde, leitete er mit einem still-vergnügten Lächeln die Vorstandssitzungen und die Sitzungen der I. K. V. Mit dem ihm eigenen Humor beobachtete er das Aufeinanderprallen der Gemüter; und so war er auch — das gehört zu meinen schönsten Erinnerungen — in privaten Gesprächen. Stets zeigte sich eine menschlich gütige, anspruchslose und vornehme Persönlichkeit; der Mann, der jahrelang die höchsten Stellen in der Staatsanwaltschaft bekleidet hat, war von rührender Bescheidenheit. Als ihn in meinem Beisein kurz nach seiner Ernennung zum Professor jemand fragte, ob er lieber als Oberreichsanwalt oder als Professor angesprochen werden wolle, meinte er nur: »Als Ebermayer«: und als sein Sohn nach vollendetem juristischen Examen seiner schriftstellerischen Neigung ganz nachgab, meinte er eines Tages, als ich mit ihm über die Erfolge seines Sohnes sprach, mit einem Stolz, den er seinen eigenen Leistungen gegenüber wohl nie besessen hat: »Ja, früher hieß es: der Erich sei der Sohn des alten *Ebermayer*, und jetzt heißt es, er sei der Vater des jungen Ebermayer.« Ich glaube, diese beiden Erlebnisse kennzeichnen das Wesen des Verstorbenen am besten.

Uns Psychiatern aber, die wir *Kahl* und *Ebermayer* durch die Ernennung zu Ehrenmitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie den Dank abzustatten versucht haben, den wir beiden großen Männern für unser Fach schulden — uns fällt jetzt die Aufgabe zu, das Erbe wissenschaftlich und menschlich zu verwalten. Möge es den jüngeren Fachkollegen beschieden sein, Männer von gleichhoher Bedeutung als Berater zu finden. Vielleicht aber dient dieser Nachruf auch denen, die *Kahl* und *Ebermayer* nicht mehr kennen gelernt haben, dazu, sich ein Vorbild an diesen Männern zu nehmen, bei denen wissenschaftlicher Ernst, uneingeschränkte Hingabe an die Sache und tiefste Menschlichkeit sich zur Größe vereinigten.

Köln. *Gustav Aschaffenburg.*

Verstorben: Sanitätsrat Dr. *Bratz*-Berlin-Wittenau,
Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Hübner*-Bonn,
Universitätsprof. Dr. *v. Halban*-Lemberg,
Oberarzt Dr. *Kuttner*-Uchtspringe,
Generaloberarzt Dr. *Rauschke*-Essen und
Direktor Dr. *Schulte*-Niedermarsberg i. W.

Ernannt: zum Direktor der Provinzial-Heilanstalt Ückermünde und zum Provinzialobermedizinalrat Dr. *Ostmann* — bisher Schleswig-Stadtfeld,
zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Neuruppin Oberarzt Dr. *Brandt*, bisher Görden,
zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau i. Schl. und zum Provinzial-Obermedizinalrat Dr. *Dodillet*, bisher Freiburg-Schlesien,
zum Obermedizinalrat und Vorstand der Heilanstalt Weißenau (Wttbg.) Medizinalrat Dr. *Buder*, bisher Winnental,
zum Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Kortau b. Allenstein Oberarzt Dr. *Kurt Hauptmann*, bisher Allenberg,
zum Obermedizinalrat und Direktor der Heilanstalt Weinsberg (Wttbg.) Medizinalrat Dr. *Sayler*,
zum Obermedizinalrat und Direktor der Heilanstalt Schussenried Medizinalrat Dr. *Hans Koch*,
zum Leiter der Inneren und Nerven-Abteilung am Marienhospital in Witten (Ruhr) Dr. *Richard Grün*, bisher Würzburg,
zum Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Andernach 1. Oberarzt Dr. *Recktenwald*, bisher Bedburg-Hau,
zum stellvertretenden Direktor der Landesheilanstalt Neustadt i. Holstein Oberarzt Dr. *Kroemer*,
zum beratenden Psychiater der Reichsfachgemeinschaft zur Bekämpfung des Alkoholismus Geh. Medizinalrat Dr. *Max Fischer*-Berlin,
zum Stadtobermedizinalrat und dirigierenden Arzt des Stadtkrankenhauses Dresden-Löbtauer Straße, Prof. Dr. *Krisch*, bisher in Greifswald.
Hilfsarzt Dr. *Liebold*-Sonnenstein erhielt die Dienstbezeichnung Reg.-Medizinalrat.
Abgeordnet zur Leitung der psychiatrischen und Nervenabteilung des Stadtkrankenhauses Plauen i. V. Regierungs-Medizinalrat Dr. *Gaupp*, bisher in Sonnenstein.
Dem Privatdozenten Dr. *Hans Luxenburger*-München wurde die Amtsbezeichnung eines a. o. Professors verliehen.
Oberarzt Dr. *Ihsan Schükrü*-Istanbul-Beyoglu wurde zum Universitätsprofessor ernannt.

Berufen wurden: zum Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Freiburg Prof. Dr. *Beringer*-München,
der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Greifswald Professor Dr. *Ewald*-Erlangen und
zum leitenden Arzt der von Bodelschwingh'schen Anstalten in Bethel-Bielefeld Professor Dr. *Villinger*-Hamburg.

Versetzt wurden: Medizinalrat Dr. *Gutekunst* von Weißenau nach Heil- und Pflegeanstalt Winnental,

Provinzial-Medizinalrat Dr. *Feldhahn* von Nietleben nach Uchtspringe (Altmark),
Reg.-Medizinalrat Dr. *Hoffmann* von Sonnenstein nach Arnsdorf und
Reg.-Medizinalrat Dr. *Rink* von Zschadrass nach Sonnenstein.

Es verzogen: Prof. Dr. *Mayer-Groß*-Heidelberg nach London, Maudsly-Hospital,
Privatdozent Dr. *Lotmar* von München nach Bern,
Sanitätsrat Dir. i. R. Dr. *Adams* von Andernach nach Koblenz und
Sanitätsrat Dir. i. R. Dr. *Beyer* von Leichlingen nach Düsseldorf.

Die ärztliche Leitung der St. Paulus-Heilanstalt in Bonn-Enderich übernahm Dr. med. et phil. *Weiß*, bisher in Berlin-Weißensee,

zum Direktor der zu eröffnenden Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt Riesenburg (Westpr.) wurde Oberarzt Dr. *Fahrenbruch*-Rastenburg (Ostpr.) ernannt,

Anstaltsoberarzt Dr. *Weißenborn*-Illenau wurde mit der Kommissarischen Leitung der neugegründeten badischen Pflegeanstalt Rastatt betraut,

Prof. Dr. *Küppers*-Freiburg trat als planmäßiger Anstaltsarzt in den Dienst der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau (Baden) ein.

Geheimer Medizinalrat Professor Dr. *Bumke*-München ist vom Reichspräsidenten zum a. o. Mitglied des wissenschaftlichen Senats für das Heeressanitätswesen ernannt worden.

Kleinere Mitteilungen.

Abschluß

der Kasse des Deutschen Vereins für Psychiatrie vom 31. März 1934.

Bestand am 1. April 1933		RM. 2844,86
Einnahmen:		
1. Mitgliederbeiträge	RM. 3146,24	
2. Zinsen	RM. 369,72	
		RM. 6360,82
Ausgaben:		
1. Vorstands- u. Kommissionssitzungen	RM. 1942,50	
2. Tagung Würzburg	RM. 157,35	
3. Zur Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten (Deutsche Forschungsanstalt, München)	RM. 1590,—	
4. Drucksachen	RM. 583,—	
5. Gerichtsgebühren und Bankspesen	RM. 4,35	
6. Porto und Schreibgebühren	RM. 596,20	
7. Rückzahlung eines doppelt bezahlten Mitgliedbeitrags	RM. 5,—	
8. Verschiedenes (Jubiläumsspende an den D. Verein gegen d. Alkoholismus, Spende an die Erwerbslosen Würzburgs aus Anlaß des Geburtstages des Reichskanzlers während der Tagung Würzburg)	RM. 750,—	RM. 5628,40
	bleibt Bestand	RM. 732,42



Der Bestand setzt sich zusammen aus:

1. Konto bei der Dresdener Bank, Hann.-Münden	RM. 211,25	
2. in bar	RM. 521,17	
		RM. 732,42

Außerdem befinden sich im Depot der Dresdner Bank:

1. Dt. Reichsanleihe Auslos. Scheine und $^1/_5$ Anleihe Ablös. Schuld	RM. 687,50
	RM. 137,50
2. 5% landschaftl. Central L. G. Pfdbrfe.	RM. 1170,—
3. dergl. Anteilscheine u. Rat. Sch. $4^3/_4$	RM. 10,—
4. $7^1/_2$% / 6% Preuß. Central Bod. Cr. Bk. Gold-Pfdbrfe. A/O.	RM. 5000,—
5. Gesperrtes Inlandskonto Goldpengö	RM. 6,84

Hedemünden, den 1. April 1934.

Eichelberg.

Die Richtigkeit bescheinigt:

gez. Prof. Dr. *Fleck* 24. 4. 34.
gez. *Fröhlich* 2. 5. 34.

Bericht über die Heinrich Laehr-Stiftung für das Jahr 1933.

1. Kassenbestand 1. 1. 1933		8936,— RM.	
Vereinnahmte Zinsen		2048,85 „	
		10984,85 RM.	
Ausgaben im Jahre 1933			
Auszahlungen für			
Studienzwecke (600 u. 200)	800 RM.		
Statistik d. Geisteskr.	400 „		
Winterhilfswerk	100 „	1300,— RM.	
Ankauf von Papieren		8188,63 „	
Bankspesen u. -Porto		30,22 „	9518,85 RM.
Kassenbestand 1. 1. 1934			1466,— „
			10984,85 RM.
2. Vermögen am 1. 1. 1934			
Anleihepapiere im Nominalwert von		35500,— RM.	
Anleiheablösungsschuld (R.Sch.Buch)		6075,— „	
Sparbuch Wernigerode		179,24 „	
Kassenbestand 1. 1. 1934		1466,— „	43220,24 RM.

Naumburg a. d. S., 1. 2. 1934
Grochlitzer Str. 53 I.

M. Laehr.

Der vorstehende Bericht und die Vermögensaufstellung sind nach den Bankausweisen und nach dem Sparkassenbuch geprüft und mit diesen in Übereinstimmung gefunden.

Naumburg a. d. Saale, den 4. Februar 1934

Walther Haedicke.
Preuß. Staatsforstmeister i. R.

Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten 9. Band. Schizophrenie (Schluß).

Sehr beachtlich ist das von *A. Wetzel*-Stuttgart geschriebene Kapitel: die soziale Bedeutung der Schizophrenie (Schie.). Sieht man von den Kämpfen an der Peripherie des Schie.-Gebiets und von den Auseinandersetzungen über Primäres und Sekundäres ab und beschäftigt sich lediglich mit der großen Zentralgruppe der Schie., über die man ja einig ist, so ist von vornherein zu beachten, daß die Berührungen mit der Gemeinschaft anders bei Kranken aus einer gehobenen, anders bei solchen aus einer unteren sozialen Schicht sind. Auch wenn bei ersteren materielle Reserven zur Verfügung stehen, leitet die Psychose in einer vom Kranken abhängigen Familie den Abstieg nach unten ein, ist hereditäre Belastung des Volkskörpers und Gemeingefährlichkeit bestimmter Formen auch hier von Bedeutung. Bei letzteren sind Mittel zum Ausgleich der durch die Krankheit gesetzten Beeinträchtigung des Patienten und seiner von ihm abhängigen Familie nicht vorhanden — es ist also Hilfe von der sozialen Gemeinschaft wegen Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und dergl. nötig. Außer durch die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Kranken wird die Familie des Sch. auch durch Erziehungsmängel bei den Kindern und deren Konsequenzen, durch Internierung eines Elternteils, durch Auflösung des Familienverbands, durch neue Erkrankungen in den nächsten Generationen und dadurch bedingtes neues soziales Unglück geschädigt. Die Inanspruchnahme der von Staat und Kommune geschaffenen Arbeitsplätze durch Sch. ist daher groß; mannigfach sind auch die Beziehungen der Schie. zur Kriminalität; forensische Fragen haben betreffs der Schie. ihre Besonderheiten. Aber es ist nicht zu vergessen, daß manche Sch'en ihre Funktionen im gesamten Organismus in genügendem Maße erfüllen können, ja daß vorher labile Existenzen durch die Krankheit hier und da stabilisiert werden. Die Gemeinschaft hat sich sowohl mit dem internierten als auch mit dem interniert gewesenen Kranken zu beschäftigen — letzteres auch unter dem Gesichtspunkt der Bedeutung von Remissionen und Besserungen, auch mit der Zumutbarkeit und Zutraubarkeit korrekter Berufs- und Arbeitsleistungen, der Verantwortlichkeit, der Geschäftsfähigkeit usw. Manche Sch'en suchen adäquat ihrer seelischen Verfassung Halt und Anschluß bei besonderen weltanschaulichen oder religiösen Korporationen — bald nur tastend, bald sich einordnend. In dieser Richtung kann die Besonderheit der Psychose gemeinschaftsbildend wirken. Querulatorische Sch'e schaffen sich Anhänger. Im Prophetentum und Sektenwesen spielen Sch'e eine Rolle. Beginnende Fälle werden durchaus nicht immer als krankhaft erkannt.

Was die Zahl der in der Bevölkerung steckenden Sch'en anbelangt, so kennt man zwar die Zahl der in den Irrenanstalten untergebrachten. Aber außer diesen gehen solche Kranke unter falscher Krankheitsdiagnose (Neurasthenie, Hysterie, caput pigrum, übelwilliger Psychopath, Simulant) oder werden überhaupt nicht als krank, geisteskrank oder schizophren diagnostiziert. Wieviel Sch'e in den sozial gehobenen Schichten stecken, weiß man nicht, hat aber Kenntnis davon, daß sich z. B. in den Abteilungen für chronisch Kranke, auch unter Landstreichern (Wilmanns) gar viele sch'e Endzustände befinden. Wo die offene Fürsorge Eingang gefunden hat, ist man erstaunt über die große Zahl der in Freiheit lebenden, bisher als solchen unerkannten Sch'en. Die Gesamtzahl dieser Kranken ist eben viel größer, als zur Zeit festgestellt werden kann. Die Menge der erkannten Sch'en mit ihrer Krankheitsdauer wurde an einem bestimmten Stichtag für das Land Württemberg festgestellt. In dessen Heil- und Pflegeanstalten befanden sich am 1. 8. 1929 4485 Geisteskranke, darunter 3092 Sch'e. = 69%. Von ihnen waren 68% auf Kosten öffentlicher Fürsorgeverbände, 27% auf Kosten der Angehörigen und 5% auf Kosten der Krankenkassen oder Versorgungsbehörden (K. D. B.) untergebracht. Auf diese 3092 Sch'en kam bis zum Stichtag eine Anstaltsverpflegungsdauer von 25674 Jahren, d. i. durchschnittlich von 8,3 Jahren! (die Kranken in der Universitätsklinik und im Bürgerspital wurden hierbei nicht mit gerechnet; hier war die Zahl der Sch'en geringer). Verf. teilt mit, wie lange die Kranken im einzelnen am Stichtag in der Anstalt waren. Das Maximum betrug bei einem Patienten 51 Jahre! Das Absterbetempo unterschied sich nicht wesentlich von dem der Durchschnittsbevölkerung.

Der beachtlichen Tendenz zur Frühentlassung sch. Kranker aus der Anstalt muß außerhalb dieser der fürsorgerische Apparat zur Verfügung stehen, der den Sch'en in den sozialen Organismus einreiht und es dauernd kontrolliert, wie sich Eigenwilligkeit und Eigenart des Sch'en mit dieser Einreihung ins Leben auseinandersetzt; der einzelne Fall ist hier zu verschieden, als daß sich allgemeine Regeln aufstellen ließen. Übrigens vermindern die in der Anstalt arbeitenden Kranken schon immer, aber infolge der vermehrten Förderung der Arbeitstherapie in gesteigertem Maße, durch ihre Arbeitsleistung innerhalb des Anstaltsbetriebs die von der Allgemeinheit zu machenden Aufwendungen. Und abgesehen von den Fortschritten der Krankenbehandlung in den letzten Jahren kann sich das Maß der geleisteten mechanischen Arbeit bei den Sch'en in der Anstalt zufolge Verhütung ihrer psychischen Verödung im Laufe ihres Anstaltsaufenthaltes wesentlich steigern.

Allerlei Beziehungen zur Schie. bestehen zu gesetzlichen Bestimmungen: zur R. V. O., zur Verordnung über die Fürsorgepflicht, zur Invalidität. Verf. erörtert das Problem der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der Invaliditätsfrage Sch'er ist das Urteil des R. V. Amtes von Wichtigkeit, nach dem es lediglich auf die Feststellung der Erwerbsfähigkeit des Klägers für den allgemeinen Arbeitsmarkt, nicht nur für seinen gegenwärtigen, unter besonders günstigen Beziehungen versehenen Dienst ankomme. Grundsätzlich ist zu sagen, daß der Sch'e in dem Umfang arbeitsfähig ist, in dem er tatsächlich arbeitet.

An den Berührungsstellen zwischen Schie. und forensischer Psychiatrie merkt Verf. nur das an, was hier auf spezifische Schie.-Probleme hinweist und setzt alles das voraus, was zwischen den Gesetzparagraphen und Geisteskrankheiten schlechthin zu sagen ist. Bezüglich der Zurechnungsfähig-

keit verlangt das Gesetz einen klaren Zusammenhang zwischen Psychose und Motivierung der Tat niemals, die auf die »Zeit der Tat« abzielende Formulierung wird immer beibehalten werden. Es wird bei der Schie. nicht möglich sein, die Beteiligung der Psychose bei einer strafbaren Handlung auszuschließen; Zweifel an der Verantwortlichkeit werden immer berechtigt sein. Im Gegensatz zu *Kahn* dehnt Verf. solche Zweifel auch auf den defektgeheilten Sch'en aus. — Bei »sicheren« Sch'en liegt Geschäftsunfähigkeit vor. Bei defektgeheilten Sch'en ist die Geschäftsunfähigkeit nachzuweisen; dieser Nachweis der krankhaften Störung der Geistestätigkeit mit aufgehobener freier Willensbestimmung ist bei den »sehr gebesserten«, »praktisch geheilten« Sch'en nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu erbringen. Hier könnte das Rechtsleben mit Zweifeln nichts anfangen. Der Kreis der geschäftsunfähigen Personen muß eng gezogen werden. — Bei Sch'en kann Entmündigung wegen Geisteskrankheit wie eine solche wegen Geistesschwäche in Frage kommen. Entmündigung wegen Geistesschwäche und Geschäftsunfähigkeit nach § 104, 2 BGB. brauchen sich nicht zu widersprechen. Auch ein wegen Geisteskrankheit entmündigter Sch'er kann unter Umständen schuldhaft und widerrechtlich handeln und aus dem Delikt haften, es sei denn, daß seine Geschäftsunfähigkeit zur Zeit des Deliktes unabhängig von der Entmündigung zu erweisen ist, was bei Sch'en wohl am häufigsten der Fall sein wird. — Pflegschaft nach § 1910 BGB. kann auch ohne Einwilligung des Sch'en verfügt werden, wenn ihn die Art seiner Psychose geschäftsunfähig macht. Seinem Antrag auf Aufhebung der Pflegschaft, z. B. nach Entlassung aus der Anstalt gestellt, ist nicht nachzugeben, wenn er geschäftsunfähig blieb. — Nicht selten wird bei Eheschließung vorhandene Schie. nicht erkannt. Frühere sch'e Erkrankung, die zur Zeit der Eheschließung nicht mehr im Sinne der Voraussetzung der Nichtigkeit im Sinne von § 1325 BGB. vorhanden war, kann eine »Eigenschaft« im Sinne von § 1333 (Anfechtung) darstellen, bleibt sie doch eine Gefahr für das spätere Leben. Nach der Eheschließung ausgebrochene sch'e Psychosen »als Anlage» und somit als persönliche Eigenschaft und Ehescheidungs- oder Anfechtungsgrund aufzufassen, erscheint trotz des endogenen Charakters der Sch. bedenklich. Nur wenn eine solche Anlage in erheblichem Grade sich unangenehm bemerkbar gemacht habe, ist dies zulässig (*Rosenfeld*). Die Rechtsprechung ist bezüglich der Auslegung der »Anlage« noch uneinheitlich. Als Ehescheidungsgrund nach § 1569 ist nicht nur die Verblödung Sch'er, sondern jede schwere Erkrankung an Schie. anzusehen (Wahnvorstellungen). Die Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ist nicht dadurch gegeben, daß die Möglichkeit nicht verneint werden kann, sondern es genügt, wenn eine wissenschaftlich begründbare Aussicht auf Wiederherstellung nicht vorliegt. Nicht berechtigt ist es natürlich bei Sch'en den § 1568 BGB. (schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten) anzuwenden — leider aber kommt es nicht selten vor, daß das zerrüttende Verhalten, das als Schuld angerechnet wird, auf die Auswirkung einer Schie. zurückzuführen ist.

Erhöhte kriminelle Tendenz und gesteigerte kriminelle Wertigkeit kann, wie auch *Birnbaum* annimmt, bei Schie. durchaus nicht grundsätzlich angenommen werden. Die sch'en Endstadien sind mit dem sozialen Parasitentum in Beziehung zu setzen. Besondere kriminelle Dignität ist in erster Linie dem Initialstadium zuzusprechen. Z. B. gehörten von 119 vom Verf. gesammelten Massenmördern 23% der Schie. an (69% waren geisteskrank). Auch *Wilmanns*

hat von schweren Delikten, Gewalttätigkeiten und besonders Sittlichkeitsverbrechen im Prodromalstadium der Schie. berichtet — recht häufig wurde die geistige Erkrankung hier nicht erkannt. Die Gewalttaten der Sch'en finden teils zur Zeit katatoner Erregung, teils unter dem Einfluß gemütlicher Verblödung statt. (Bekanntlich sind viele Fälle von moral insanity der Sch. zuzurechnen. Ref.). Bei chronischen Sch'en sind die »pathologischen Einfälle« charakteristisch, die kurzschlußmäßig, impulsiv, zu Tötung, Brandstiftung, Diebstahl führen. Viele chronische, vorwiegend hebephrene Formen der Schie. findet man unter den habituellen Bettlern, Landstreichern und Bagatelldelinquenten. Nach *Wilmanns* wurden 52 zum Teil noch im jugendlichen Alter stehende Personen wegen derartiger Vergehen 1836 Mal bestraft; über die Hälfte davon hätte nicht verantwortlich gemacht werden dürfen. Die Landstreicher-Schie. der Frauen disponiert zu asozialer Lebensführung und nicht selten zur Prostitution.

Die akute Schie. führt zum Zusammenprall mit existenzwichtigen Interessen der Gemeinschaft und ihrer Glieder und fordert rasch durchgreifende Schutz- und Abwehrreaktion des sozialen Organismus: Internierung insbesondere wegen Tendenz zur Katastrophenreaktion, zu Gewalttat gegen die eigene Person und gegen andere, meist dem nächsten Umkreis des Kranken angehörende Personen. Charakteristisch ist, daß solche Patienten ihren Taten oft hilflos gegenüberstehen. Allzuhäufig sind die durchgeführten Gewalttaten bei der akut einsetzenden Schie. nicht. Mitunter bricht die Psychose in einer religiösen Atmosphäre aus, z. B. in der Kirche; hier wird das Verhalten des rasch als geistig krank Erkannten abgelehnt. Andere Male macht sich die Psychose in einem fanatisierungsbereiten Kreise bemerkbar, in dem übersinnliche Offenbarungen einen Boden finden können (Erwartung des kommenden Weltunterganges, des tausendjährigen Reiches).

Fürsorgerisch kommt der Sch. zunächst in Betracht, wenn er durch die Internierung in seiner Erwerbsfähigkeit ausgeschaltet wird und mit einer raschen Restitution nicht zu rechnen ist. Der Verlauf der akut ausgebrochenen Schie. ist unberechenbar. Das endgültige Ausscheiden des Kranken aus Familie und Beruf ist meist nicht vorauszusehen, ebensowenig wie die auch nur beschränkte Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Die fürsorgerischen Maßnahmen sind entsprechend dem mehrfachen Wechsel zwischen Entlassung und Internierung wechselnd. — Andere fürsorgerische Konsequenzen hat die sch'e Psychose mit schleichender Entwicklung. Hier wird die Krankheit zuerst oft nicht erkannt, oft nur als Krankheit, oft erst spät als Geisteskrankheit. Zuweilen wird ein falscher Mittelaufwand durch die mangelhafte Erkennung getrieben (Erziehungsmaßnahmen jugendlicher Sch'en, Berufsumschulungsversuche älterer Sch'en, unnötige Badebehandlungen und dergl.). Asoziale Sch'e kommen nicht selten erst in Krankenhäuser, dann in Fürsorgeanstalten, Haft, Arbeitshaus. Für die Rangierung der Familie ist die richtige Diagnose von hohem Wert. Nichterkannte Schie. eines der Eltern kann zu allerschwerster Verwahrlosung der ganzen Familie führen: der Ehemann einer nicht als krank erkannten Frau, die das Hauswesen in jeder Weise vernachlässigt, verläßt die Familie oder wird Trinker. Sexuelle Verwahrlosung wird moralisierend als besondere Schlechtigkeit verurteilt, die richtigen Maßnahmen werden versäumt, Geschlechtskrankheiten werden verbreitet; Nachforschung nach der Vaterschaft von Kindern sch'er Mütter sind erfolglos, die Gemeinschaft muß die ganzen Kosten für die Kinder auf lange Zeit über-

nehmen. Die richtige Beurteilung liefert oft erst der Längsschnitt, das Fahnden nach dem Anderswerden, nach dem »Knick« in Lebensführung und Lebensgedanken. — Manche Sch'e füllen ihren Beruf lange korrekt aus, zeigen aber sonst ein ungeordnetes Verhalten. Nicht immer braucht die soziale Stellung eine Abbiegung nach unten zu zeigen, in seltenen Fällen kommt es im Zusammenhang mit nicht erkannter Schie. sogar zu einem, wenn auch nicht erheblichen Aufstieg: das hebephrene Dienstmädchen wird wegen seiner »Zurückhaltung« und seiner »Feinheit des Benehmens« zur Gesellschafterin, der hebephren-autistische Angestellte erhält wegen seiner »besonderen Zuverlässigkeit« eine gehobene Vertrauensstellung.

Von den interniert gewesenen Geisteskranken kommen zahlenmäßig die Sch'en am meisten mit der Gemeinschaft in Berührung. Oft sind Symptome ihrer Wesensänderung noch vorhanden. Zwischen der autistischen Versunkenheit mit völliger Loslösung von jeder Arbeit und der vollen Leistung in der Arbeit, unter Umständen in einer differenzierten Arbeit, bei Frauen in Haushaltsführung und Kindererziehung, findet sich eine große Menge von Kranken mit reduzierten Leistungen. Die üblichen Fragen der unterstützenden Instanzen nach dem Grad der Leistungsfähigkeit in die Freiheit zurückgekehrter Sch'er sind sehr schwer zu beantworten, da mit einer Konstanz der Arbeitsleistung niemals gerechnet werden darf, auch die Art der Arbeit oft erst ausprobiert werden muß. Verf. warnt davor, arbeitsfähigen Sch'en schematisch nur die sogenannte leichtere Arbeit zuzusprechen; zur Hebung des Selbstgefühls sind zuweilen intensive Leistungen anzuraten. Bedenklich ist, daß zuweilen Kinder von den kranken Ideen einer sch'en Mutter infiziert werden; die Fürsorgerin muß auf solche Fälle achten. Zweckmäßige Wohnungsauswahl kann von großer Bedeutung sein. Natürlich kann eine günstige Situation durch Steigerung der psychotischen Erscheinungen wieder verschlechtert und die Internierung wieder notwendig werden. In der Fürsorgearbeit stößt man zuweilen auf kaltes, ablehnendes Verhalten, offenbar schizoider oder nicht als sch. erkannter Angehöriger, die passiven Widerstand treiben.

Angesichts der großen Erfahrungen des Verf. wäre es interessant, dessen Meinung zu hören, ob K. D. B. in jedem Falle von Schie. abzulehnen ist oder ob sie in einzelnen Fällen anerkannt werden muß und in welchen? — In der Sterilisationsfrage, die ja nun aktuell geworden ist, müssen allmählich klare Richtlinien herausgearbeitet werden, um die Fälle, bei denen eine Nachkommenschaft in hohem Grade gefährdet ist, von solchen abzusondern, bei denen dies nicht behauptet werden kann. —

Im Schie.-Band sind noch Artikel von *Mayer-Groß* über Erkennung u. Differentialdiagnose und über Therapie, von *Steiner* über Anatomisches, von *Bürger-Prinz* über die künstlerischen Arbeiten Sch.'er und von *Gruhle* über die Theorie der Schie. enthalten und sehr lesenswert.

Bürger-Prinz hat auf Bitte des Herausgebers nachstehenden Eigenbericht über die künstlerischen Arbeiten Schizophrener verfaßt: In kurzem Exkurs über die vorhandene Literatur wird dargestellt, wie man zunächst im künstlerischen Werk des Sch. die klinisch bekannten Symptome der Schizophrenie wiederfand z. B. die Stereotypie oder die Zerfahrenheit. Dieser Weg führte zu Erwägungen über die Möglichkeit der Diagnosenstellung aus der künstlerischen Produktion. Methodisch kann man hier den Vorgang des Darstellens selbst zum Pro-

blem machen und die Frage aufwerfen, wie und auf welchem Entwicklungswege der Kranke zu einem bildnerischen Endprodukt kommt. Diesen Weg verfolgte vor allen Dingen *Morgenthaler*, der an einem sorgfältig gesammelten Material die Übergänge zwischen Schrift und Zeichnung demonstrierte und den weiteren Weg zur Illustration, zur Ausschmückung, Darstellung und Verbildlichung dessen, was eigentlich nur gesagt und geschrieben werden sollte, darstellte. Der oberste Gesichtspunkt dieser Betrachtung war die Tendenz zur Veranschaulichung, d. h. zur Loslösung vom abstrakten Wortzeichen und damit zur bildnerischen Darstellung. Einen anderen Weg beschritten *Mohr, Zingerle, Sorpas;* sie gingen vom Zeichnen als einer Ausdrucksbewegung aus und fragten nach den bei diesem Vorgang beteiligten psychologischen Elementen wie Willensimpuls, Vorstellungen optischer, kinästhetischer Natur, Merkfähigkeit usw. Diese beiden Untersuchungsreihen endeten in zwei Betrachtungsweisen, mit deren Hilfe das Produzierte analysiert wurde, und zwar der formalen Analyse, wobei die Neigung zur Stereotypie, die Inkohärenz, die Neigung zur völligen Flächenfüllung, die starke Tendenz zur ornamentalen Darstellung auffielen. Inhaltlich waren das Hervortreten sexueller Darstellungen, die Kontaminationen, die Beziehung zu halluzinatorischen Vorgängen u. dgl. deutlich zu machen. *Storch* und *Jaspers* vor allen Dingen erfaßten dann die sprachliche und dichterische Produktion Schizophrener als Ausdrucksform letzter individueller Welt- und Lebenshaltungen, ebenso wie *Prinzhorn* sich in seinem Buch über die darstellende Kunst der Kranken einem letzten, nicht weiter ableitbaren Element des Seelischen wie der Gestaltungskraft zuwendete. Wie *Prinzhorn* geht auch Verfasser vom Werk, von der Produktion der Schizophrenen aus, ohne die einzelnen Kunstarten wie Bildnerei, Plastik, Dichtung, schließlich auch Erfindung, Wissenschaft voneinander zu trennen. Dabei gilt die Bemühung dem Versuch, Grundverhaltensweisen schizophrener Künstlerschaft und Produktion aufzuzeigen. Dabei wird unter Heranziehung der klinischen Erfahrungen der schizophrene Künstler an seinem klinischen Standort belassen. Zunächst wird gefragt, in welcher Phase der Krankheit wird produziert? Es wird einsichtig, daß keine plastische Arbeit z. B. aus der Zeit katatoner Erregung stammen kann. Auch die Vorphase der Erkrankung findet nie in der Plastik adäquate Ausdrucksmöglichkeiten. Hier ist das Gebiet der Sprache, weil sie neben der Gebärde das ursprünglichste und prinzipiell immer vorhandene Ausdrucksmittel ist. Ebenso spielt hier natürlich die Umänderung des Schriftbildes als unmittelbarer Niederschlag des Sprachlichen eine große Rolle. Sehr häufig bleibt, was in diesen Zeiten eingesehen, erfunden oder gefunden wird, in einem unformulierten, ungestalteten Bedeutungsbewußtsein stecken. Die künstlerische Darstellung akuter Eindrücke solcher Erregungsphasen gelingt nur ganz wenigen Hochbegabten. Bei der sprachlichen und motorischen Produktion geht eine vielfältige Reihe von der motorischen, rhythmischen Erregung über die Rhythmisierung sprachlicher Produkte, das Singhaftwerden, die rhythmische, liedhafte Gliederung selbst über sinnlose Aneinanderreihung regelloser Einfälle bis zur echten dichterischen Ausdrucksfindung, die noch mit den Mitteln normaler Verskunst der psychotischen Änderung Ausdruck verleiht. Die hier von *Mette* herausgestellten charakteristischen Momente sind: Überlastung mit anschaulicher, übermäßiger Deutlichkeit, Tendenz zur Exaktheit, Vollständigkeit und Objektivität. Diese Eigentüm-

lichkeiten werden vom Verfasser als Ausdruck der Denkstörung im akuten Krankheitsprozeß betrachtet. Die im Beginn der Psychose deutlich werdende Wendung nach innen, die erhöhte Emotionalität werden hervorgehoben und damit die Meinung abgelehnt, als fuße die künstlerische Produktion der Kranken nur auf Enthemmung, oder als sei nur der Gesundheitsrest für die Gestaltung verantwortlich zu machen.

Es wird dann die Tatsache herausgestellt, daß die meisten schizophrenen Künstler im klinischen Sinne alte Fälle sind. Um zu einigen grundlegenden Aufschlüssen zu gelangen, werden schizophrene Künstler, deren Produktion auf verschiedenen Gebieten liegt, miteinander parallelisiert. Verglichen wird ein Maler, den *Morgenthaler* beschrieb, und eine Paraphrenie, die der Verfasser selbst früher darstellte. Der in beiden Fällen herrschende Schematismus, die Flächigkeit, Unlebendigkeit, Gleichförmigkeit, Naturentfremdung und Wirklichkeitssinn werden hervorgehoben. Der fundamentale Unterschied zwischen echter auf der Persönlichkeit fußender Bewegtheit und der dahin fließenden formlosen Getriebenheit des schizophrenen Geschehens wird deutlich gemacht. Von hier aus werden Fäden aufgezeigt zu einigen klinischen Endzustandsformen. Es wird dann die Zeitlosigkeit, Abschlußlosigkeit, Geometrisierung und Flächenhaftigkeit, die Wirklichkeitsferne und Gestaltlosigkeit, die ruhelose Getriebenheit und Einengung als Gesamtkomplex ganz spezifisch schizophrener künstlerischer Betätigung dargestellt. Als repräsentative Persönlichkeit wird dann *Langbehn* (der Rembrandtdeutsche) in seiner schriftstellerischen, dichterischen Produktion analysiert. Das Mit- und Nebeneinander von Lebensunfähigkeit und Weltverbesserertum, von Kindlichkeit, Zartheit, Schutzlosigkeit, Unechtheit, Kälte, extremer Aggressivität, autistischer Ablehnung, von Reichtum, Bizarrie des Denkens und Flachheit, Untiefe, Unverbindlichkeit geben für den Gesamtkomplex die Hauptzüge ab. Im Vergleich zu den Denkstörungen, wie sie die Klinik kennt, werden besonders in den schriftstellerischen Arbeiten *Langbehns* die eigentümlichen Ablaufsweisen und Verknüpfungsweisen des schizophrenen Denkens aufgewiesen. Eine besondere Betrachtung gilt dann der Struktur der schizophrenen Phantasie, die in ihrer Steifigkeit, Verschlossenheit, Leblosigkeit, andererseits ihrer märchenhaft-unwirklichen Unlebendigkeit dargestellt wird. In kurzen Zügen wird die schizophrene Phantasie abgegrenzt gegen die Unechtheit der Produktion in Hypnose oder im Trancezustande. An einem Fall von *Pfeiffer* wird als besonders gutes Beispiel aufgezeigt, wie die Stilmittel des Schizophrenen häufig aus der Zeit seiner akuten Erkrankung stammen, und wie auch diese Zeit häufig inhaltsbestimmend bleibt. Aus dem Erlebnisreichtum der akuten Phase wird die Symbolsucht des Schizophrenen abgeleitet, für die sich gerade in der bildnerischen Produktion sehr gute Beispiele finden lassen. Es wird dann noch kurz vor allen Dingen unter Zurückgreifung auf *Langbehn* auf die Frage der Publikumswirkung schizophrener Kunst eingegangen und dargestellt, wie *Langbehn* seine außerordentliche Wirkung ganz bestimmten Zeitverhältnissen verdankte, wie aber andererseits seine extreme, individualistische Haltung, die damals imponierte, nur ein Ausdruck seines schizophrenen Autismus war. Trotz aller Analogien wird dann die Produktion der Schizophrenen gegen die Kinderkunst, Volkskunst, Kunst der Primitiven scharf abgegrenzt. — —

Die Allgemeine Zeitschrift beendet hiermit die ausführliche Besprechung des großen Handbuches der Geisteskrankheiten von *Bumke* und hofft ihren Lesern Anregung zu eingehendem Studium dieses bedeutenden Werkes gegeben zu haben. Die ersten vier Bände umfassen den allgemeinen Teil. Das Referat über den I. und den III. Band findet sich im 90. Band der Allg. Z. f. Psychiatrie Seite 66ff., über den II. Band ebenda Seite 238, über den IV. Band (allgemeine Behandlung der Geistesstörungen, forensische Beurteilung, Grenzgebiete der Psychiatrie) im 94. Band 230ff. Der spezielle Teil ist in den Bänden V—XI enthalten. Band V (psychopathische Anlage, Reaktionen und Entwicklungen) ist im 90. Band der Allg. Z. f. Psychiatrie S. 238ff. besprochen, Band VI (endogene u. reaktive Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution sowie die paranoischen Zustände) im 92. Band der Allg. Z. f. Psychiatrie S. 331ff., Band VII (die exogenen Reaktionsformen und die organischen Psychosen) im 95. Band S. 69ff., Band VIII (luetische, arteriosklerotische und Geistesstörungen des Umbildungs- und des Greisenalters) im 98. Band S. 220ff., Band X (angeborene und im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnszustände) im 94. Band S. 459ff., Band IX (schizophrene und paraphrene Psychosen) im 99. Band S. 496ff., 100. Band S. 326ff. und 102. Band S. 167ff., und Band XI (die Anatomie der Psychosen) im 97. Band der Allg. Z. f. Psychiatrie S. 402ff.

Wer wie Referent die Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 50 Jahren überblickt, muß bei der allen Fachgenossen warm zu empfehlenden Lektüre des *Bumke*schen Handbuchs mit großer Freude gewaltige Fortschritte eines großen Teiles des behandelten Stoffes feststellen, kann aber auch nicht verkennen, daß, wie bei jeder weiter in die Tiefe vordringenden Wissenschaft, neue Lücken offenbar werden. Gerade die erreichten Erfolge auf klinischem, anatomischem, serologischem und nicht zuletzt auf therapeutischem Gebiet müssen zu weiterer, ernster Arbeit ermutigen. Psychiatrische Kenntnisse vermitteln auch auf sozialem Gebiet großen Nutzen für den einzelnen Kranken und für die Allgemeinheit. Das kann nicht hoch genug bewertet werden. Immer mehr werden Schule, Seelsorge und Rechtsprechung von psychiatrischem Geist durchdrungen. Viele moderne Bestrebungen: Berufs- und Eheberatung, Arbeitsbeschaffung für Erwerbslose, Förderung kameradschaftlichen Geistes, Pflege des Familiensinnes, Kräftigung des Nationalbewußtseins, Ausmerzen unsauberer Elemente stehen mit psychologischen Erfahrungen im Einklang. Als hauptsächlichste Ursache der Geisteskrankheiten ist psychische Erkrankung der Vorfahren erkannt worden; von den im Gange befindlichen Maßnahmen gegen die Weitervererbung krankhafter Anlagen ist ein weiterer Fortschritt zum Aufstieg des Menschengeschlechts zu erwarten. *G. Ilberg.*

Der Deutsche Verein für Psychiatrie wählte in seiner Jahresversammlung zu Münster i. W. Obermedizinalrat Dr. *Kolb* (früheren Direktor der Kreis-Irrenanstalt Erlangen, jetzt in Starnberg wohnhaft), Geheimen Medizinalrat Professor Dr. *E. Schultze* in Göttingen und Geheimen Medizinalrat Professor Dr. *Ilberg* in Dresden zu Ehrenmitgliedern. An Stelle des sein Amt als ständiger Schriftführer des Vereins niederlegenden Dr. *Ilberg* wurde Regierungs-Obermedizinalrat Prof. Dr. *Paul Nitsche* i. Sa. (Sonnenstein) ernannt. Im Jahre 1935 soll die Jahresversammlung in Dresden stattfinden, und zwar in der Pfingstwoche.

Der Verein schreibt folgende Preisarbeit aus: »Das Häufigkeitsverhältnis von vererbtem und nichtvererbtem Schwachsinn im früheren Kindesalter.« Erster Preis 500 Mark, zweiter Preis 300 Mark. Arbeiten sind einzusenden an Regierungs-Obermedizinalrat Professor Dr. *Nitsche*-Pirna i. Sa. (Sonnenstein), und zwar unter einem Kennwort anonym bis zum 31. März 1935; der Name des Verfassers ist in einem dasselbe Kennwort tragenden geschlossenen Kuvert mitzuteilen. Nur Vereinsmitglieder dürfen sich bewerben. Veröffentlichung der besten Arbeit in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie bleibt vorbehalten.

Zwischen dem Sächsischen Ministerium des Innern und dem Rate der Kreisstadt Plauen i. V. ist eine Vereinbarung getroffen worden, der zufolge ein staatlicher Anstaltsarzt als Leiter der psychiatrischen Abteilung des Stadtkrankenhauses in Plauen abgeordnet worden ist. In diesem Abkommen erhält der Staat auch das Recht, die Assistenzarztstelle der psychiatrischen Abteilung von sich aus zu besetzen.

Der Verein der Irren- und Nervenärzte Niedersachsens und Westfalens (66. Versammlung) wird zusammen mit dem Verein Norddeutscher Psychiater und Neurologen und der Sektion »Neurologie und Psychiatrie« der Naturforscherversammlung am Sonnabend, den 15. September 1934 in Hannover tagen. Anmeldung von Vorträgen wird mit Angabe der etwa erforderlichen Hilfsmittel bis spätestens 1. August an Obermedizinalrat Dr. *Schütte* Langenhagen-Hann erbeten.

Der Türkische Verein für Neurologie und Psychiatrie hat zu seiner am 21., 22. und 23. September 1934 stattfindenden Versammlung nach Istanbul eingeladen. Das Programm kann angefordert werden beim Generalsekretär Prof. Dr. *Ihsan Schükrü* in Istanbul, Beyoglu, Misir apart. Nr. 1.

Der unter der Obmannschaft von Prof. Dr. *Stransky* stehende Verein für angewandte Psychopathologie und Psychologie in Wien hat zwischen der Psychologenschule Prof. Dr. *Karl Bühler* und der Psychopathologenschule Prof. Dr. *Otto Pötzl* eine seminaristische Arbeitsgemeinschaft organisiert, die in diesem Sommersemester an 6 Abenden vor allem sprachphysiologische und sprachpathologische Themen durchgenommen hat. Sie soll auch in Zukunft weitere seminaristische Veranstaltungen abhalten.

Unter der Mitwirkung anderer Schweizer Psychiater, Nerven-, Kinder- und Schulärzte gibt *Tramer,* Direktor der kantonalen Heilanstalt Solothurn im Verlag von Benno Schwabe in Basel (Schweiz) eine neue Zeitschrift für Kinderpsychiatrie heraus, um Auskunft über den bezüglichen Stand der Erkenntnisse, der Therapie und Prophylaxe zu vermitteln. Die neue Zeitschrift wird sich insbesondere auch an die Schulärzte, an die heilpädagogisch tätigen Persönlichkeiten und Anstalten wenden. Die psychischen Untersuchungsmethoden sollen zur Darstellung gebracht werden: Prüfung der Intelligenz, der Instinkt- und Triebhaftigkeit des Kindes, seiner Interessen, seiner affektiven, charakterlichen und sittlichen Be-

schaffenheit. Der Aufbau, die Struktur der Neurosen und Psychopathien ist in der Kindheit und Pubertät anders als beim Erwachsenen; das Kind ist nicht einfach ein Erwachsener in verkleinertem Maßstab. Je jünger das Kind ist,.um so mehr im Vordergrund stehen die Neuropathien; schwierig ist oft die Abgrenzung der Neurosen gegen die Neuropathien und Psychopathien. Erst in der Pubertät erfahren die eigentlichen Psychosen eine gewisse Häufigkeit. Manche Idiotieformen, Fälle von dementia infantilis und möglicherweise von infantiler Schizophrenie entstehen im Anschluß an Enzephalitiden. Eine Hauptrolle spielen natürlich die Olligophrenien. Auch den Charakterschwierigkeiten, den Verwahrlosungen und den Pubertätsanomalien und -konflikten kommt Bedeutung zu. Die Therapie, die somatische wie die Psychotherapie muß der betreffenden Kindheitsstufe angepaßt werden. Kinder sind für Suggestionen zugänglicher als Erwachsene. Die Pädagogik nimmt im Kindesalter einen breiten Raum ein. Prognostisch sind die Aussichten der Bildungs-, Unterrichts- und Schulfähigkeit sowie der Berufs- und der künftigen Gemeinschaftsfähigkeit zu beachten. Der Maßstab für die Normologie ändert sich erheblich mit dem Lebensalter, gibt es doch Lebensphasen mit verhältnismäßig rascher Veränderung z. B. der Übergang vom sprachlosen zum sprachhaltigen Leben, die Trotzphase oder erste Pubertät um das dritte Lebensjahr, die Pubertät. Und zwar kommt hier sowohl Aufbau in der Entwicklung wie Abbau in der Pathologie in Betracht.

Das ist ungefähr das Programm der neuen Zeitschrift. Es sollen Originalarbeiten und wichtige kasuistische und therapeutische Fälle aus der pädopsychiatrischen, pädiatrischen, schulärztlichen und allgemeinärztlichen Tagespraxis gebracht, Arbeiten — einschließlich heilpädagogischer — besprochen und Mitteilungen über Kongresse und Tagungen gebracht werden. Jährlich sollen sechs Mal zwei Druckbogen erscheinen und im Abonnement jährlich 12 Francs kosten. Im vorliegenden ersten bezw. zweiten Heft sind Originalartikel von Dr. *Behn*-Eschenburg: Zur Frage der Kinderneurosen, von Dr. *Christoffel:* Zur Biologie der Enuresis, von Dr. *Rutishauser:* Über Kinderpsychiatrie und Erziehung, von Dr. *Wintsch:* le dépistage précoce des oligophrènes und von Dr. *Brantmay:* sur le vôle de l'hypophyse en psychiatrie infantile, über das Lebensschicksal eines jugendlichen Rechtsbrechers und über Therapie bei Infantilismus enthalten.

Wir wünschen dem Unternehmen guten Erfolg. *G. Ilberg.*

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

OFFIZIELLES ORGAN DES
DEUTSCHEN VEREINS FÜR PSYCHIATRIE

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDZWEITER BAND
VIERTES BIS ACHTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 15. NOVEMBER 1934



BERLIN UND LEIPZIG 1934

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

4./8. Heft.

Originalien.

Bericht über das Irrenwesen des Auslandes.

Personalia.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den neuen Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

(Aus der psychiatrisch-neurologischen Klinik der Kgl. ung. Pázmány Péter Universität zu Budapest. Vorstand: Prof. *Karl Schaffer*.)

Beiträge zu der periodischen Schizophrenie und den schizophrenen Dämmerzuständen.

Von

Dr. **Ludwig v. Angyal.**

Die Frage der periodischen Schizophrenie, der schizophrenen Prozeß- und Defektsymptome, der psychoreaktiven Schizophrenie und der innerhalb der Schizophrenie erscheinenden Dämmerzustände kann noch keineswegs als geklärt betrachtet werden. Wir möchten zu diesen Fragen an Hand der Mitteilung unseres seit 41 Jahren beobachteten Falles Beiträge liefern.

Lorenz Gold..., 68 Jahre alt, Jude, gewesener Hauslehrer, ledig, geb. 1865, ist seit dem 12. IV. 1902 in der hiesigen Klinik in Behandlung. Vater an Typhus, Mutter an Lungentuberkulose gestorben. Er hatte acht Geschwister, von denen zwei im Kindesalter, vier als Erwachsene an verschiedenen inneren Krankheiten gestorben sind. Ein Bruder, Lazarus Gold..., litt und starb an einer chronischen Geisteskrankheit, eine Schwester ist 84 Jahre alt, lebt, ist gesund. Eine Nichte väterlicherseits stand im Alter von 15 bis 26 Jahren (1882—1893) mehrmals in Anstaltsbehandlung. Ihre Geisteskrankheit bestand in kataleptischen Anfällen und katatonen Erregungen, wie auch zeitweise in stuporösen Zuständen; die Psychose war von kürzerer oder längerer Zeit dauernden Inter- und Remissionen unterbrochen; soweit es aus den uns zur Verfügung stehenden Angaben festzustellen ist, entwickelte sich bei der Kranken bis zu ihrem 26. Lebensjahr eine spezifische schizophrene Demenz mittleren Grades. Ein Vetter mütterlicherseits an Taboparalyse gestorben.

Keine Kinderkrankheiten. Im Alter von 16—20 Jahren Onanie, im 20. Lebensjahr der erste Koitus, seitdem führte er bis zu seiner Erkrankung nur ein seltenes und unregelmäßiges Geschlechtsleben. Keine luische Infektion. Als Kind war er immer von empfindlicher, stiller, verschlossener Natur und an der Mutter hängend. Verlor seinen Vater früh und verlebte seine Kindheit zwischen schweren materiellen Entbehrungen. Da er von schwachem Körperbau war und die Elementarschulen ausgezeichnet absolvierte, ließ ihn seine Mutter die Gymnasialschule in der Stadt Nagyvárad besuchen. Dort kam er in kümmerliche Verhältnisse: vier verwandte Familien gaben dem Jungen wöchentlich je einen »Kosttag«, an den übrigen drei Tagen mußte er sich mit Brot begnügen. War ein fleißiges, gewissenhaftes Kind von guter Auffassungsgabe, bis zur siebenten Gymnasialklasse

der beste Schüler der Klasse, obgleich er sich in dieser Zeit schon durch Korrepetieren erhalten mußte. Als Schüler der achten Gymnasialklasse haben ihn zwei Probleme aus dem alltäglichen Geleise gebracht. Das eine war folgendes: er hatte als Hauslehrer schon morgens von 7 bis 8 Uhr eine Privatstunde und war dadurch an der Beteiligung des Reifeprüfungskursus, welchen der Physikprofessor unbesoldet hielt, gehindert. Er begann sich infolgedessen zu beängstigen, daß der Professor ihm grolle und ihn durchfallen lassen werde. Das andere war ein Artikel der Zeitung über eine amerikanische Erbschaft von 33 Millionen. Er verließ die Schule vor der Reifeprüfung und reiste nach Budapest zu seinen Verwandten. Die Erbschaftsnachricht war selbstverständlich falsch und er legte die Maturitätsprüfung im nächsten Jahre (1886) in Budapest ab. Arbeitete ein Jahr lang in Advokaten- und Baubüros, dann ließ er sich in die Polytechnik einschreiben, wo er zwei Jahre absolvierte. Da er sich aber die Examensgebühr nicht verschaffen konnte, mußte er wieder als Bürobeamter arbeiten bzw. als Erzieher sich ernähren.

Seine Krankheit begann im April 1892. Unterrichtete damals vier Jungen und inzwischen bereitete er sich auch selbst auf das Rigorosum vor. Wurde ungeduldig, schlaf- und appetitlos. Fühlte, daß sein »Gehirn ausläßt«, fand um sich alles verändert. In den Blicken seiner Umgebung las er Böswilligkeit, Spott, Zorn und Bedrohung heraus, bezog Worte und Handlungen auf sich selbst. Wurde ganz arbeitsunfähig, quälte sich mit Vorwürfen, daß er seinen Erzieherverpflichtungen nicht nachkommen könne. Nach fünf Tagen reiste er dem Rate seines Arbeitsgebers folgend in die nächste Stadt, sich ärztlich untersuchen zu lassen. Bemerkte hier, daß er beobachtet wird, daß die Leute auf ihn spöttische Anspielungen machen, ihn zugrunde richten wollen. Vor Furcht bat er um die Hilfe eines Polizisten gegen seine Verfolger, der ihn zuerst auf die Polizei und nach einer ärztlichen Untersuchung in das Lokalhospital brachte. Seine Angst erreichte hier den Höhepunkt: er schrie laut, glaubte im Siechenhaus, dann das Feuer im Ofen erblickend, in der Hölle zu sein. Durch das Fenster meinte er sein Grab graben zu sehen. Der Glockenklang meldete für ihn, daß man ihn zum Glaubenswechsel zwingen will. Wurde später euphorisch, sang viel, bildete sich ein, daß er Christus sei. Seine Psychose klang in vier Wochen ab und er wurde als geheilt entlassen.

Bis zu seiner klinischen Aufnahme stand Patient wegen längere oder kürzere Zeit dauernden Verwirrtheitszustände neunmal in Anstaltsbehandlung. Seine Verwirrtheitszustände hörten durchweg ohne Defekt auf. Die genaue Zeitdauer der psychotischen Zustände ist in dem Graphikon wiedergegeben. Die Symptome waren immer die gleichen: hochgradige motorische Unruhe, Stimmungslabilität, massenhafte visuelle und akustische Halluzinationen, falsche Identifizierungen. Die Schübe wurden in der Regel durch eine hochgradige Schlaflosigkeit, nebenbei durch unzusammenhängende Beziehungs- und Verfolgungsideen mit typischen schizophrenen Wahnerlebnissen eingeführt. Z. B. die Sonne schien nicht ordentlich, die Wärter hielt er für Henker; man brachte ihn hierher, um ihn zu zwingen, Schauspieler zu werden.

Über den sechsten Schub stehen uns ganz genaue Aufzeichnungen zur Verfügung. Er stand damals vom 3. V. bis 25. VIII. 1896 in der hauptstädtischen Beobachtungsabteilung in Behandlung. Da die hier beobachtete

Psychose in Anbetracht sowohl ihrer Zeitdauer (die erste Psychose dauerte 31, die zweite 19, die dritte 63, die vierte 24, die fünfte 70, die sechste 76 Tage lang), wie auch des Verlaufes und der Symptome vollständig mit den früheren psychotischen Zuständen übereinstimmt und sie dadurch den Typ der ersteren Perioden veranschaulicht, teilen wir die Krankengeschichte auszugsweise mit:

Anamnese: Patient verbrachte vor der Aufnahme zwei Monate in der Irrenanstalt des Hospitals Nagyvárad, von wo entlassen, er nach Budapest kam. Hier wurde er wieder sehr erregt, unruhig, konnte nicht schlafen, sprach zusammenhanglos. Wurde am 3. V. 1896 aufgenommen.

Status praesens: Internistischer und neurologischer Befund negativ. Patient ist sehr unruhig, reißt seine Kleider von sich ab, nimmt verschiedene bizarre Lagen an, verharrt in diesen längere Zeit hindurch, zeigt ausgeprägte wächserne Biegsamkeit. Er pfeift und singt zuweilen tagelang, schreit ein anderesmal um Hilfe, weil das Haus brennt, weil man ihn töten will, wälzt sich auf dem Fußboden herum, späht und horcht in die Ecke des Krankensaales, betet laut, schlägt mit den Händen herum. Von seinem Verhalten kann geschlossen werden, daß er unter der Wirkung massenhafter Sinnestäuschungen steht. Es gelingt mitunter für eine kürzere Zeit mit dem Kranken in Kontakt zu kommen, dann gibt er über sich und über seine Umstände falsche Angaben, z. B. nennt er sich Lorenz Gonda, später Lorenz Harang (Glocke ungarisch), »da er morgen früh seinen Namen verändert hatte«, behauptet er eine ständige Wohnung in Budapest zu haben usw. Ist nicht unsauber, nährt sich allein.

Drei Wochen lang keine Änderung in seinem Zustande: wegen hochgradiger psychomotorischer Unruhe und der raptusartigen Handlungen muß man ihn öfter isolieren. Ständig massenhafte Halluzinationen. Schmiert sich zeitweise mit Kot. Ist mitunter vorübergehend ruhiger, zugänglicher. So berichtet er z. B. am 25. V. ausführlich über seine Krankheit. Seiner Meinung nach ist er seit zwei Monaten in der Klinik. Hält seine Krankheit für eine Geistesstörung, deren Ursache er in dem Verlust seiner Buchhalterstelle erblickt. Die Krankheit begann mit seinem Tode. Seitdem starb er schon achtzehnmal. Die wirkliche Seele verläßt mitunter seinen Körper, zu solcher Zeit ist er ein lebender Leichnam. Wenn er tot sei, pfeife er viel, singe, tanze, sehe Gestalten, höre Stimmen. Die häufigsten Objekte seiner Sinnestäuschungen sind Aufmärsche von Soldaten, Reisen nach Italien, »wo die Zitronen blühen«, hier sah er eine große Menge von Orangen, Zitronen und Feigen. Unter seinen Mitpatienten erblickte er auch Frauen, die ihre Gesichter und Formen ständig wechselten: sie waren teils mager, teils fettleibig, hochgewachsen oder untersetzt. Behauptet, daß er beim Militär 18 Jahre lang als General diente.

Sein Zustand ist bis zum 15. VI. im großen und ganzen unverändert, zeitweise muß er wegen einer hochgradigen Unruhe isoliert werden. Von nun an wird er stufenweise ruhiger, ein wenig gebunden. Er hält seine bruchstücklichen Wahnideen noch eine Zeitlang aufrecht, ist aber seit dem 18. VII. ganz ruhig, geordnet, symptomen- und beschwerdenfrei und wird am 25. VIII. als geheilt entlassen. Es geht aus dem damals aufgenommenen Status retrospectivus hervor, daß der Kranke sich auf den Verlauf seiner Psychose ganz gut erinnert. Seinen geäußerten Wahnideen und wahrgenommenen Sinnestäuschungen steht er ratlos gegenüber, korrigiert aber diese vollstän-

dig. Seine Pläne: will nach der Entlassung in eine Baukanzlei als Zeichner eintreten, weil er sich infolge seiner polytechnischen Studien auf diese Beschäftigung am besten versteht.

Nach seiner Entlassung arbeitete er eine Zeitlang in Baukanzleien, war symptomenlos, wurde aber im Juni 1898 wieder verwirrt und stand vom 18. VI. bis 15. VII. 1901 aufs neue in Anstaltsbehandlung. Seine Krankheit zeigte auch während dieser Zeit einen periodischen Verlauf, er wurde nämlich nach schwer verwirrten, halluzinatorisch-katatonen Perioden für längere oder kürzere Zeiten ganz geordnet und symptomenlos. Die Daten seiner psychotischen Zustände: vom 18. VI.—31. VIII. 1898, vom 20. IX. bis 21. XI. 1898, vom 7. I.—13. III. 1899, vom 14. V.—18. VIII. 1899, vom 8. XII. 1899—11. IV. 1900, vom 1. VIII.—16. IX. 1900 und vom 27. XII. 1900 bis 3. I. 1901. Von dieser Zeit an ist der Kranke bis zu seiner Entlassung am 15. VII. 1901 geordnet, beschwerde- und symptomenfrei. Die Symptome der psychotischen Zustände entsprechen vollständig den oben geschilderten Symptomen. Sein Verhalten ist in den geordneten Zuständen ganz und gar normal, den konventionellen Formen entsprechend. Er zeigt volle Krankheitseinsicht, schreibt Briefe, liest Bücher, Zeitungen, läßt für alles ein normales Interesse erkennen; es gelingt bei ihm Wahnideen nicht einmal in Spuren nachzuweisen.

Nach der Entlassung versuchte er sich durch verschiedene Beschäftigungen durchzuschlagen, konnte aber bei keiner verbleiben. Er war Hauslehrer, Zeichner in Baukanzleien, Beamter, Korrektor, Post- und Telegraphenamtpraktikant und Anstreichergehilfe. Es waren nach der Aussage seiner Angehörigen auch während dieser Zeit abnorme Züge bei dem Patienten zu beobachten, wie eine hochgradige Erregbarkeit, Reizbarkeit, Neigung zu Gewalttätigkeiten. Am 12. IV. 1902, im Alter von 37 Jahren kommt der Kranke wieder in die — damals die psychiatrische Klinik repräsentierende — hauptstädtische Beobachtungsabteilung in Behandlung, und steht seither — abgesehen von viermaligen, 1—5 Tage dauernden Unterbrechungen — ständig in unserer Behandlung. In seinem Krankheitsverlaufe wechseln auch gegenwärtig halluzinatorisch-katatone psychotische und vollkommen geordnete, symptomenlose Perioden, die Zahl der bisher beobachteten psychotischen Zustände beträgt 176, deren Zeitdauer unser Graphikon veranschaulicht (s. Abb. 1).

Wir müssen auf die Mitteilung der ganzen Krankengeschichte, wenn es auch noch so interessant wäre, infolge des übergroßen Umfanges derselben verzichten, werden aber den Krankheitsverlauf auszugsweise mitteilen und den Verlauf je einer psychotischen Periode aus dem Jahre 1902, 1913, 1920 und 1933 ausführlich besprechen, um damit das Krankheitsbild nicht nur in seinem vollen Längsschnitte, sondern auch aus den verschiedenen Altern des Patienten in je einem Querschnitte zu veranschaulichen.

Wir werden außerdem zusammenfassend das Verhältnis der psychotischen Perioden zu den einzelnen auslösenden psychischen Ursachen, weiterhin die im Inhalte der Psychosen erscheinenden psychogenen Mechanismen und jene vegetativen Erscheinungen, die als einleitende Symptome der psychotischen Perioden beinahe regelmäßig zur Beobachtung kamen, erörtern.

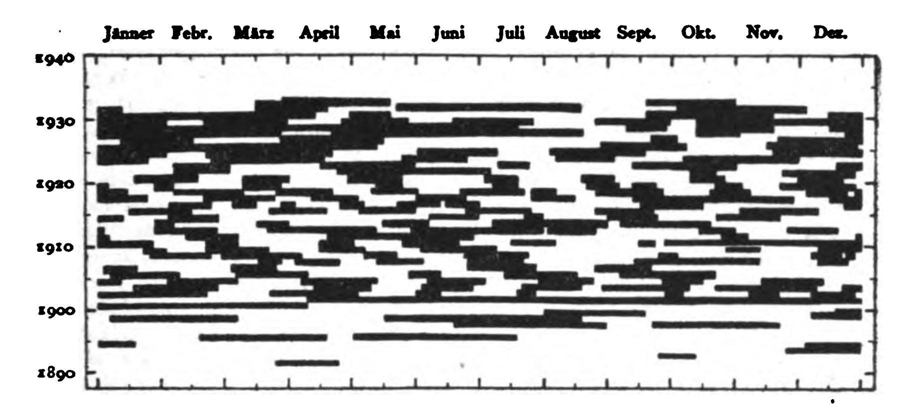


Abb. 1.

Die schwarzen Felder stellen die Dauer der einzelnen psychotischen Perioden dar.

Der längste Verwirrtheitszustand des Kranken (der vierzehnte Schub) dauerte vom 12. IV. 1902 bis 28. II. 1903, insgesamt 322 Tage. Bei der Aufnahme, am 12. IV. 1902, teilten seine Angehörigen mit, daß er seit einigen Tagen schlaflos und irritiert sei, Tag und Nacht hin- und herläuft, auf den Straßen herumbummelt, halluziniert, seine Umgebung angreift, ohne Ursache weint, lacht, andersmal sprachlos, unzugänglich ist.

Status praesens. Internistischer und neurologischer Befund negativ. Zeigt eine hochgradige psychomotorische Unruhe: grimmassiert fortwährend, winkt oft, pfeift, singt, starrt andersmal wort- und bewegungslos längere Zeit hindurch vor sich hin. Führt Befehle und Aufforderungen sogleich aus, spricht aber überhaupt nicht. Gibt mit Zeichen zu verstehen, daß ihm das Sprechen verboten sei. Gehörstäuschungen. Bis zum 21. X. keine wesentliche Änderung: zeitweise macht er unverständliche Äußerungen, läßt bruchstückliche hypochondrische und persekutorische Wahnideen hören, sagt z. B, daß er tot sei, simuliert andersmal Schwerhörigkeit, an der Wand einen Haken erblickend befürchtet er, daß man ihn aufhängen werde; behauptet, daß der Oberwärter sein Feind sei, lauscht, flüstert unverständlich sich dem Arzte zuneigend, küßt die Hand des Arztes usw. Beim Kranken wechselten häufig Sinnestäuschungen, Bizarrerien, Grimmassieren, wie auch raptusartige Affektausbrüche, längere oder kürzere Zeit dauernder Mutismus, deutliche wächserne Biegsamkeit, spontane Verharrungen in verschiedenen Körperlagen, Echo- und Logoschizen und -dialeipsen, Echopraxie, Stereotypien ab und kombinierten sich auch. Vom 21. X. ist er vorübergehend fünf Tage lang aufgehellt, schreibt Briefe, bittet um Bücher, zeichnet, am 26. X. ist er aber wieder verwirrt, lacht oft, pfeift, springt herum, dreht seinen Schnurrbart, wälzt sich auf dem Fußboden herum, zeigt andersmal eine ausdrückliche Krystallisation. Am 17. XII. ist er mutazistisch, aber geordnet, gibt auf die vorgelegten Fragen schriftliche Antworten. Wir erfahren aus seinen adaequaten Antworten, daß er alles versteht, und von allem Kenntnis nimmt, was um ihn geschieht; hat öfters akustische Sinnestäuschungen, hört Stimmen von Männern und Frauen, die über ihn bos-

hafte oder schmeichelnde Bemerkungen machen. Er kann nicht sprechen, da »die zum Sprechen erforderlichen Stimmbänder es nicht gestatten, sie ein wenig funktionsunfähig sind«. Ist sowohl über seine eigene Person wie auch der Umgebung und über Ort und Zeit vollkommen orientiert, gibt das Datum mit einem Fehler von zwei Tagen an. Obwohl er weiß, daß er sich in einer Irrenanstalt befindet, glaubt er doch, daß er hier infolge einer Bestrafung aufgehalten wird. »Es ist möglich« schreibt er, »daß ich während meines Anfalles eine gesetzwidrige Handlung anstellte, es ist möglich, daß ich gelogen, gestohlen, oder auch noch gemordet habe, nur kann ich mich nicht genügend erinnern, weil mein Gedächtnis abgeschwächt ist«. Möchte nach Hause gehen, glaubt, daß er draußen wieder gesund werde. Möchte sich in dem Schneiderhandwerk versuchen. Die Sinnestäuschungen und Verharrungen kamen auch während des weiteren Krankheitsverlaufes zur Beobachtung, die schwereren Erregungssymptome verschwanden aber gänzlich. Am 8. I. 1903 hört auch sein Mutismus auf, bei der Visite gibt er genaue Auskunft von seinem Zustande. Erinnert sich genau an die vorgekommenen Ereignisse und an seine früheren psychotischen Perioden. Seine gegenwärtige Krankheit leitet er von einem Schreck ab: er bemerkte, daß er auf der Straße von Polizisten verfolgt werde. Gibt an, daß er auch in seinen gesunden Zuständen zeitweise von 1—2 Tage lang dauernden Genickschmerzen gequält wird. In solchen Zeiten ist er schlaflos, muß öfters Wasser lassen, fühlt seinen Rachen ausgetrocknet. Die Ärzte bestrafen ihn mit elektrischen Schlägen und experimentieren an ihm mit Röntgenstrahlen, könne deshalb nicht sprechen. Mit Hilfe der Röntgenstrahlen forscht man seine Gedanken aus. Zuweilen hört er auch jetzt die Stimmen, hört mehrere Stimmen zugleich, diese sind in der letzteren Zeit eher Männerstimmen, die aus dem Himmel, der Erde, dem Mond und den Sternen kommen. Dieselben mahnen ihn einmal auf eine Gefahr achtzugeben, spornen ihn andersmal zu Taten an; verweisen ihn, sich zu setzen, hin- und herzugehen, nicht viel Wasser zu trinken, dies oder jenes nicht zu tun usw. Öfters hörte er die Stimmen seines Bruders und einer Frau, die aus seinem Heimatsdorfe ist. Der Professor der Anstalt ließ ihn hierher bringen, um ihm zu dienen. Sein Zustand zeigt auch nachher kleinere und größere Schwankungen, anstatt der Erregungszustände kommen aber eher Gebundenheit und Autismus zur Beobachtung. Es kommt z. B. vor, daß er in seinem Bette stundenlang zusammengekauert liegt, die Decke zeltartig über sich zieht, zeitweise laut auflacht. In dieser Zeit erscheinen bei dem Kranken sehr oft schwere vasomotorische Störungen: das Gesicht wird glühend rot, auf seiner Brust erscheint ein fleckiges Erröten, seine Hals- und Schläfenadern schwellen an, der Puls steigt über 100. Am 28. II. ist der Kranke ganz ruhig, geordnet, konventionell, korrigiert vollkommen seine Wahnideen, die Halluzinationen hören auf, er wird auf die ruhige Abteilung verlegt.

Wir beobachteten bei dem Kranken im Jahre 1903 weitere sechs, in 1904 sieben, in 1905 sechs, in 1906 fünf, in 1907 vier, in 1908 sechs, in 1909 sieben, in 1910 sechs, in 1911 sechs, in 1912 fünf und in 1913 sechs psychotische Perioden, wodurch die Zahl der bis dahin beobachteten Perioden eine Summe von 77 erreichte. Wir möchten hierbei bemerken, daß wir nur diejenigen Verwirrt-

heitszustände als abgesetzte ansahen, welche von einer ohne Zweifel feststellbaren Aufhellungsperiode gefolgt waren. Die Schübe des Kranken dauerten während dieser Zeit durchschnittlich 20 bis 50 Tage lang, die beobachtete kürzeste psychotische Periode dauerte 5, die längste 102 Tage (vom 28. IX. 1911 bis 8. I. 1912). Die Dauer der psychotischen und symptomenlosen Zustände ist am beigefügten Graphikon mit einer annähernden Genauigkeit wiedergegeben.

Die psychotischen Perioden, oder nach der Benennung des Kranken »die Anfälle« sind in Betreff ihrer Erscheinung und ihres Verlaufes beinahe gleich. Der Kranke fühlt die Verwirrtheitszustände öfter im voraus, in solchen Zeiten bittet er selbst um die Verlegung auf die Beobachtungsabteilung oder die Isolierung, die Annäherung der Krankheit kann aber durch die objektiv bemerkbaren Prodromalsymptome auch vom Arzte beobachtet werden. Diese Prodromalsymptome melden sich von Seiten des vegetativen Nervensystems folgendermaßen: Patient errötet, am Halse und an der Brust erscheint ein fleckiges Erröten, seine Hals- und Schläfenadern schwellen an, die Haut wird einmal trocken, heiß, andersmal zeigt sich ein profuses Schwitzen. Die Temperatur wird subfebril, ja sie erreicht zeitweise ohne eine feststellbare Ursache seitens der inneren Organe eine Höhe von 38° C, die Pulsfrequenz steigt auf 90—110 p. M., es treten außerdem schwere Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und öfterer Harndrang in Erscheinung. Diese prodromalen vasovegetativen Symptome sind für die beginnende psychotische Periode so charakteristisch, daß es sowohl für die Ärzte, wie auch für das Pflegepersonal auch heute eine allgemein bekannte Tatsache ist, daß, wenn bei dem Kranken ein fleckiges Erröten erscheint, oder er um Schlafmittel bittet, binnen ein bis zwei Tagen er mit Sicherheit verwirrt wird. Die schwereren katatonen Erregungszustände werden auch in dem psychotischen Stadium durch hochgradige Vasolabilität, subfebrile Temperatur und Pulssteigerung eingeführt. Es ist zu erwähnen, daß beim Kranken auch in seinen geordneten Zustande zuweilen ein ein bis zwei Tage dauernder Kopfschmerz vorkommt, begleitet von hochgradiger Vasolabilität und Gebundenheit.

Patient bringt den Ausbruch seiner »Anfälle« in der Regel mit irgendeinem psychischen Trauma in Zusammenhang. Eine solche Tendenz war, wie es aus den mitgeteilten Krankheitsschilderungen festzustellen ist, auch bereits früher bemerkbar, die Verknüpfung mit seelischen Ursachen wird aber jetzt sozusagen regelmäßig. Es kommt z. B. vor, daß er katamnestisch die Ursache der Verwirrtheit in dem Besuche seines Neffen, in dem Zanke mit dem Oberpfleger, in der Vernachlässigung von seiten des Arztes, in der von irgend

welchem Kranken ihm zuteilgewordenen Beleidigung usw. erblickt. Er geht zeitweise in seinen geordneten Zuständen von einem Pfleger begleitet auf ein bis zwei Tage nach Hause. Patient wird auch in solcher Zeit, in der Regel schon am nächsten Tage, verwirrt, wenn er seitens seiner Verwandten unfreundlich oder unlieb empfangen wird.

Wir müssen endlich auch darüber berichten, daß in dieser Zeit die »Anfälle« des Patienten sowohl in formaler, wie auch in inhaltlicher Hinsicht allmählich uniformiert werden, einen festen Charakter bekommen. Die psychotische Periode wird formal durch drei Abschnitte charakterisiert: 1. der einleitende vasovegetative Abschnitt; 2. der psychomotorische und 3. der gebundene, autistische Abschnitt, welch letzterer in der Regel durch eine leichte Verstimmung aufhellt. Es kommt oft vor, daß in dem autistischen Stadium von neuem vasovegetative Störungen erscheinen, diese ziehen immer neuere psychomotorische Symptome nach sich. Der psychomotorische Abschnitt zeigt im Laufe der Jahre einen leichteren Verlauf. Im Anfang spielte der ziel- und objektlose Drang zu handeln und zu sprechen eine große Rolle, der oft zur Iteration, Stereotypie und Verbigeration in der Handlungs- und Sprachfolge führte. Wir teilen hier eine stenographierte freie Assoziationsprobe aus seinem Rededrang vom 7. VIII. 1906 mit: »Permutation aus fünf Elementen, als fünf Faktoren, 5, 4, 3, 2, 1 ... . Dr. Joseph Székács, Friedrich Baltik, Johann Hock, Remig Békeffy, seliger Koloman Tisza, Ester, Ester, Ester. Sie können gehen, schon zu perlegieren, supplicieren perlegieren, supplicieren, Goldkalb, Mannaregen, Goldkalb, Mannaregen. Jakob's Sohn in Egypten ..... Nuntius, Korporation, Aktion. Voll, voll mit Wasser, mein Kopf ist wie der Topf. Ihr Verfluchte .... jene Fenster machet ihr zu .... in dem Rochusspital ist eine Zelle, darin eine Nonne, für sie die Kranken ..... Da hatte eine Köchin 7000 Kronen, ich beschäftigte mich mit Siebmacherei. Am Vértesberge las ich diesen $1^1/_2$ Liter Wein, $1^1/_2$ Liter Wein. Werde 33 mal ins Bad gebracht. Was für eine Summe zahlt die Versicherungsanstalt aus, wenn die Dienstmagd den Dachboden hinaufsteigt, die Unterhose ausbreitet und zufällig in die Unterhose hineinfällt?« — Um das Jahr 1907 rücken sowohl diese Erscheinungen, wie auch die Neigung zu raptusartigen Handlungen in den Hintergrund. Wir können noch bisweilen je ein Fenstereinschlagen, eine größere psychomotorische Erregung beobachten, sie werden aber nach und nach vollständig durch Maniriertheit, Bizarrerien, wächserne Biegsamkeit, Stockungen in Handlungs- und Sprachfolgen, Krystallisation, Ergo- und Legoschizen, zeitweise negativistische Tendenzen ersetzt. Seitens des Kranken kommt in den psychotischen Zu-

ständen inhaltlich eine Umgestaltung des Ortes, der eigenen Person, der Beschäftigung und Umgebung vor, wodurch seine verschiedenen Konflikte während der Psychose gelöst werden. Die einzelnen psychotischen Perioden bekommen dadurch einen einheitlichen Erlebnishintergrund. Diese Umwandlung der Schübe wird durch den siebenundsiebzigsten weiter unten mitgeteilten Verwirrtheitszustand des Kranken, der vom 28. XI. 1913 bis 18. XII. 1913 zusammen 20 Tage dauerte, schön veranschaulicht. Lassen wir jetzt die Daten der Krankengeschichte folgen:

30. XI. 1913. Seit zwei Tagen, nach einem geordneten symptomlosen Zeitraum von 28 Tagen wurde er wieder verwirrt. Es ging seiner Verwirrtheit voran, daß der Kranke länger baden wollte und deswegen mit dem Pfleger in Wortstreit geriet. Patient erhob eine Anklage bei dem Arzte, daß der Pfleger ihn in seiner Ehre verletzt hat. Ist erregt, kongestiös, seine Hals- und Schläfenadern sind geschwollen, bittet abends um Schlafmittel, kann trotzdem nicht schlafen, wird von häufigem Harndrang gequält. Am nächsten Morgen ist er verwirrt. Halluziniert. Seine Handlungen und Bewegungen sind vollkommen verändert. Steht oder sitzt stundenlang in verschiedenen bizarren Körperlagen, zeigt deutliche wächserne Biegsamkeit und Krystallisation. Es kommt vor, daß er stereotypisch mit dem Daumen an seinen Zähnen klopft, ein anderes Mal in einer denkenden Pose verharrt, mit der Hand auf das Kinn aufgestützt regungslos vor sich hinstarrt. Reagiert auf Ansprechen nicht, fängt später plötzlich zu sprechen an und richtet bizarre, zusammenhanglose, zerfahrene Fragen an den Arzt, wie z. B. »Diese Stilistik ist schon gehorsamer?« oder »Seien Sie so gut, hochverehrter Herr Assistent, mir ein Zivilzimmer zu geben, weil ich weder den Geistlichen, noch den Soldaten willkommen bin!« 6. XII. Von der freien Assoziation des Kranken notierten wir bei der Visite Folgendes: »Bitte sehr, Gnädige, als Sie vor dem Bezirksrichter stehen, könnten Sie es wissen, daß die Personen B. und Sz. aus meiner Verwandschaft schlecht simulieren. Der Herr hier kann kein Verfahren, was einem Rettungsverein entspricht, in dieser Angelegenheit ist er kein Fachmann und der Herr Prof. M., ich ehre und schätze ihn, daß er nicht so früh Exzellenz wurde. Ich bitte Sie, ich könnte Sie auch krank machen, wenn ich Herz dazu hätte, doch bitte, nachdem ich vor dem Rigorosumskomitee stehe (beugt sich tief) ich halte mein Maul. Der hochgeborene Herr sagt, daß er keine Zeit hat und ich fühle mich den Herren so verpflichtet, daß ich sage: Jour.« (Er hockt sich plötzlich nieder.) Er verkennt seine Umgebung, benennt sie mit biblischen Namen. Oft betet er hebräisch vor, sonst singt er an dem Bette liegend und sich mit der Decke eingehüllt, jüdische religiöse Lieder. Patient wird später allmählich ruhiger, ein wenig gebunden. Am 18. XII. ist er schon vollkommen geordnet, doch noch einige Tage hindurch etwas stiller und wortkarger, als gewöhnlich. Am 29. XII. gibt er genaue Auskunft über seine Psychose. Erzählt, daß der Pfleger ihm gegenüber ein herausforderndes Benehmen aufwies, als er längere Zeit baden wollte. Wurde sehr aufgeregt, konnte trotz des eingenommenen Schlafmittels nicht schlafen. Konnte nicht von dem Gedanken, daß er beleidigt wurde, los werden. Alsbald kam er zu der Idee, daß er der biblische Joseph sei, der von seinen Brüdern an ägyptische Kauf-

männer verkauft wurde. Damals umwandelte sich die ganze Umgebung: seinen Mitkranken Mervai hielt er für den Sohn Jakobs, namens Simeon, und sprach mit ihm mit gebührender Ehre. Wollte ihm zur Kenntnis geben, daß — obgleich es jetzt in seiner Macht stände — er es nicht verlangt, daß er sich vor ihm bis zur Erde niederbeuge; er will nicht erlauben, daß seine Brüder aus Rache vor die Bestien geworfen werden. Dr. J. hielt er für Josua, der die Führung der Juden nach Moses' Tode übernahm. Dr. Sch. hielt er für Adam, der noch religionslos ist; sein Mitkranker Török ist Esau, Dr. R. ist der König Ahasverus usw. »Ich glaube manchmal, daß ich in meinem eigenen Hause bin und die Zelle Nr. 2 mit dem Gitterbette als Belohnung bekommen habe. Vom Stockwerke kann man in einem Hof hinübersehen; diesen hielt ich für Jerusalem und betete Teile aus Samstags- und Feiertagsgebeten, weil ich so nach dem Gefallen der dortigen Leute zu handeln glaubte... Ich dachte einmal, daß ich der Papst bin und den einen Pfleger hielt ich für den Bischof, der mir zur Dienstleistung zugeteilt ist.« Erzählt, daß er den Professor einmal für einen alten Kantor, andersmal für den Dichter Alexander Endrödy hielt, der ihn von der Familie entfremden, den großen Teil seines Vermögens, sogar auch seinen Namen ihm vermachen will. »Es ist ein Zeichen der Besserung — sagt er — daß die Neigung zum Singen aufhört. Ich bin dann eine zeitlang in einer überirdischen Stimmung und da ich mich in der Abteilung B (unruhige Abteilung) im allgemeinen besser und verjüngt fühle, will ich nicht länger da bleiben, weil ich mich fürchte, viel Geld schuldig zu werden und bitte mich in die Abteilung A (ruhige Abteilung) zu verlegen. Wenn ich in die B gehe, fühle ich mich zu spucken genötigt, damit zahle ich etwa die Miete und beuge mich bei der Türe nieder. Jetzt bin ich ruhig, nur verstehe ich es nicht, daß diese Verwirrtheit in bestimmten Zeiten sich aufs neue meldet.«

Er berichtet auch über seine Sinnestäuschungen: hörte, daß von der Nachbarschaft zu ihm gesprochen wurde. Die Stimmen begleiten seine Gedanken und Handlungen mit Bemerkungen, z. B. »Du hast es verdient!« oder »es geschieht dir Recht!« usw. Zurzeit hörten seine Gehörstäuschungen vollständig auf.

Während des weiteren Krankheitsverlaufes gibt es keine wesentliche Änderung in den psychotischen und den geordneten Zuständen des Patienten. Wir beobachteten von 1914 bis zum Ende des Jahres 1920 jährlich im Durchschnitt 7, zusammen weitere 49 psychotische Perioden, womit die Zahl der Verwirrtheitszustände eine Höhe von 126 erreichte. Der Typ der einzelnen Schübe im wesentlichen gleicht dem oben beschriebenen Krankheitstyp. Der einleitende vasovegetative Anteil ist immer sehr ausgeprägt; obwohl aus dieser Zeit keine Daten betreffs des Pulszahles und der Temperatur uns zur Verfügung stehen, sind das fleckige Erröten, die hochgradige Schlaflosigkeit und der häufige Harndrang in den Aufzeichnungen der Krankengeschichte regelmäßig aufzufinden. Gleichzeitig mit dem Erscheinen dieser Symptome melden sich Beziehungsideen beim Patienten. Während der psychomotorischen Phase dominieren hauptsächlich die

akinetischen Symptome. Zeitweise können wir auch kürzere oder längere Zeit hindurch dauernde hyperkinetische Erscheinungen beobachten, diese entbehren aber der Kriterien der elementaren, drangsmäßigen Erregung und erscheinen infolge ihrer Geziertheit, Manieriertheit und ihrer Verknüpfung mit einzelnen pathologischen Erlebnissen als sekundär, d. h. komplexbedingt. So z. B.: Patient singt öfters jüdische religiöse Lieder, hält Gottesdienst, betet vor, erzählt — der Situation nicht entsprechend — Anekdoten, trägt »Chansons« vor, als Schneider nimmt er Maß von den Ärzten, ahmt die typischen Bewegungen von verschiedenen leichteren industriellen Beschäftigungen nach, z. B. schlägt als Barbier Schaum, seift die Mitkranken ein, rasiert usw., andersmal trommelt, trompetet er. Diese Handlungen verkürzen sich öfter und zeigen eine Perseverationstendenz, wodurch sie formell als typische Stereotypien erscheinen können, deren psychischer Hintergrund doch beinahe immer geklärt werden kann. Die Association läßt öfter typische schizophrene Denkstörungen erkennen, so können bei dem Patienten typische Schizen, Sperrungen, Gedankenentzug, Zerfahrenheit, schizophrene Ellipse, Entgleisungen, nebenbei auch formelle und inhaltliche Perseverationen, Verbigerationen beobachtet werden. Wir teilen ein Stenogramm einer freien Associationsprobe vom 3. XI. 1919 als Beispiel mit: »Bisher habe ich jede fünfte Woche Urlaub bekommen... Bánóczy, Deutsch, kleiner Block, großer Block, Lazarus, Kaufmann . . . Herr Professor Major.... Am Feiertag soll man nicht zum Vortrag kommen, nicht wahr?... der Pfarrer in Nagyvárad hatte ein Kind, doch hielt er die Feste nicht ein, wohnte zu Hause.... es war ein Advokat, aber hatte kein Diplom, sein Vater starb in 1878 und 2000 Menschen waren bei seinem Begräbnisse anwesend. Man nahm die neuerbaute Kirche in 1833 in Betrieb. Ein Professor, namens Lindenfeld ging oftmals zu euch und ihr hattet häufig auch Topfenstrudel zum Abendmahl.... Die Getreideverkäufer kamen zum Markt am Frohnleichnamsfest und verkauften Penicilusmesser.... ungeteilte Elementarvolksschule, Konfessionsvolksschule, Post, Dunaharaszti. Ich weiß nicht sicher, ob Lemberg oder Krakau zu Wien näher sei, weil man behauptet, daß die Erde kugelrund ist. Wenn wir die Erdkugel durchschneiden, so, daß an der Mitte der Erde eine Ebene durchgehen soll, diese ist der Äquator. Es gibt noch Kreise.... Die einmaligen ungarisch-russischen Soldaten erzählen, daß in Rußland wundervolle Eisenbahnwagen sind, nur ist es traurig, daß die Reise von Moskau bis Odessa 6 Monate lang dauert, weiterhin, daß — erlauben Sie mir, ein Lied vorzutragen und sei so gnädig, nachzuschauen, daß in dem Magazin Tabak vorzufinden sei. (Fängt zu singen an): »Ich habe ein Gebetbuch, wenn ich hineinschaue, fließen meine Tränen«, usw.

Hernach geht die Psychose sozusagen ausnahmslos in eine autistische Phase über, in welcher die akinetischen katatonen Erscheinungen noch vorhanden sind. Hallucinationen, in erster Linie Gehörstäuschungen melden sich sowohl in der psychomotorischen, wie auch in der autistischen Phase. Patient kann von diesen in der Regel nur fragmentarisch Auskunft geben. Nach dem Aufhören der Sinnestäuschungen und der katatonen Erscheinungen hellt die autistische Phase regelmäßig mit einer leichten Verstimmung auf, nebenbei kommt öfters eine deutliche Schläfrigkeit zur Beobachtung. Den Ausbruch der Psychose knüpft der Kranke meistens an irgendein psychisches Trauma. Patient erinnert sich an den psychotischen Schub tadellos. Während der Psychose kommen falsche Identifikationen und mit diesen zusammenhängende Erlebnisse regelmäßig vor.

In den freien Zeiträumen ist Patient völlig geordnet, konventionell, zeigt der Umgebung gegenüber ein normales Interesse. Spielt mit seinen Mitkranken Karten oder Schach, erledigt für die Klinik verschiedene Schreibarbeiten, seine Arbeit ist pünktlich, zuverlässig, nett. Liest Zeitungen, die Ereignisse der Außenwelt verfolgt er aufmerksam. Interessiert sich nebenbei auch für die Literatur, liest ungarische, deutsche und französische Klassiker im Original. Er geht zeitweise mit irgendeinem Angehörigen oder in Begleitung eines Pflegers in die Stadt zu seinen Verwandten und sieht sich zu dieser Zeit — wenn seine materielle Lage es erlaubt — auch eine klassische Theatervorstellung von der Galerie aus an. Den Inhalt der gelesenen Arbeiten oder gesehenen Theaterstücke kann er genau hersagen. Von einer Affektverödung ist beim Patienten keine Rede, trotz seiner jetzt schon ca. 3 Jahrzehnte dauernden periodischen Psychose, ist er seinen Verwandten ohne irgendwelche materielle Interessen mit aufrichtiger Liebe anhänglich, ist von übertriebenem Selbstgefühl und hochgradiger Empfindlichkeit.

Sehen wir nun den Verlauf eines psychotischen Schubes aus 1920 an. Der 125. Schub des Patienten dauerte vom 5. X. bis 3. XI. 1920. Die Aufzeichnungen der Krankengeschichte teilen wir abgekürzt im Folgenden mit:

6. X. Gestern morgens wurde er verwirrt und in die unruhige Abteilung verlegt. Vasomotorische Störungen. Ist auch heute unruhig, spricht fortwährend. Seine Assoziation ist zerfahren, inkohaerent. Öftere Stockungen, Schizen.

10. X. Etwas stiller, gebunden, steht in verschiedenen bizarren Posen längere Zeit herum. Wachsartige Flexibilität.

13. X. Nachmittags fing er zu tanzen an, später beklagte er sich über den Oberpfleger und bittet um die Zurückverlegung in die ruhige Abteilung: »Herr Doktor, glauben Sie mir, daß der Wärter Cs. mich nur darum hierher

brachte, weil ich mich ihm gegenüber nicht gefällig erweisen kann. Hier habe ich kein Ziel, aber in der Abteilung A (ruhige Abteilung) habe ich viel zu tun.« Er gibt auf unsere Frage an, daß ihm der Auftrag erteilt wurde, das Rigorosum abzuhalten, dann veranschaulicht er seine Prüfungsmethode. Er beginnt die Untersuchung eines Mitpatienten: »Legen Sie die Füße zusammen, machen Sie die Augen zu!« Jetzt stellt er sich vor den Kranken, bedeckt dessen Augen, ahmt die Bewegungen nach, welche der Arzt bei der Pupillenuntersuchung macht. Darauf imitiert er die Untersuchung des Patellarreflexes und spricht zum Kranken in einem ernsteren, offiziellen Ton: »Sie haben eine schwere Krankheit, aber wir werden nachschauen. Paranesis progressiva.«

17. X. Ist unruhig, laut, trompetet mit den Händen, verharrt in katatonen Körperlagen.

21. X. Sein Verhalten ist maniriert, verschroben, bizarr, er zeigt inkohaerente Assoziation mit vielen Sperrungen und Entgleisungen. Flexibilitas cerea.

26. X. Ist ruhig, autistisch, nimmt noch öfter katatone Posen auf. Wird allmählich geordnet.

3. XI. Ist vollkommen geordnet. Teilt über seine Verwirrtheit Folgendes mit: »Am Anfang meiner Krankheit hatte ich schlaflose Nächte. Erinnere mich, daß ich bei der Abendvisite auch ohne Arznei schlafen zu können glaubte. Nachher wurde schon 10 Uhr und ich konnte meine Augen nicht zumachen, obgleich ich ein anderesmal schon um 1/29 Uhr schlafe. Von 1/28 bis 12 war ich achtzehnmal an der Toilette, infolge der Erregung konnte ich nämlich den Urin nicht zurückhalten. Um 2 Uhr in der Nacht bekam ich solche Ungeduld, daß ich vom Bette abstieg und im Krankensaale Nr. 2 hin und her ging. Um 4 Uhr bekam ich endlich irgendeine Arznei, und schlief für eine halbe Stunde ein. Morgens ging das Ankleiden schwer, ich fühlte mich sehr müde und ermattet und wollte nicht frühstücken, weil ich keinen Appetit hatte. Wurde so in die B (unruhige Abteilung) verlegt. Ich glaubte hier in den einzelnen Kranken andere Personen zu erkennen, z. B. den Mervai hielt ich für den biblischen Simeon, den Béla F. für Lévi, mich selbst für Joseph und den Herrn Doktor für gewissen Krauß aus der Gemeinde Pusztaujlak. Ich glaubte, daß die Verlegung in die Abteilung B eine Entschädigung für mich sei, weil ich vier Wochen hindurch in der Abteilung A so viele Prügeleien und Gezänk verhindert habe. Damals vernahm ich Stimmen, die mich aufforderten für die Kranken jüdischen Gottesdienst abzuhalten. Glaubte einmal, daß ich der Rektor bin und die Examina kontrollieren muß. Hörte Stimmen, die mich beschimpften: Du Rotziger, Du Stinkender, Du Streiker!«

Von 1921 bis 1933 beobachteten wir beim Kranken weitere 50 psychotische Schübe, womit die Zahl der psychotischen Zustände eine Höhe von 176 erreichte. Die einzige Veränderung, von der wir berichten müssen, ist, daß die Schübe seit 1928 im allgemeinen sich wieder verlängerten, so dauerte z. B. ein Verwirrtheitszustand 206, ein anderer 181 Tage. Formal und inhaltlich entsprechen sowohl die psychotischen, wie auch die ruhigen Perioden dem oben besprochenen Typ. In den Verwirrtheitszuständen erklärt Patient oft-

mals die in der Mittelschule gelernten physischen, geometrischen und algebraischen Lehrsätze. Der vorletzte Schub dauerte vom 29. III. 1933 bis 18. V. 1933, insgesamt 50 Tage lang, der Verlauf war folgender:

Nach einem 116 Tage anhaltenden geordneten Stadium wird Patient am 25. III. 1933 gebunden, liest keine Zeitungen, sein Interesse vermindert sich gegenüber den Ereignissen der Außenwelt. Er wird von großer Schlaflosigkeit gequält, seine Adern schwellen an, an dem Halse und der Brust zeigt sich ein fleckiges Erröten. Am 29. III. morgens ist er verwirrt, desorientiert, verkennt seine Umgebung, bleibt oftmals im Sprechen und in seinen Handlungen stecken, nimmt bizarre Posen an. Die vom Arzt gegebenen Körperlagen werden beibehalten. 31. III. Bei der Visite liegt er mit geschlossenen Augen auf dem Bette, macht mit den Händen geigende Bewegungen, ahmt später die Bewegungen des Spielens an Blasinstrumenten nach, lächelt, reagiert aber auf Fragen und Anrede nicht. Plötzlich fängt er zu reden an und sagt folgendes: »Der Herr Professor S. sollte noch längere Zeit Student sein. Er ist jetzt Präsident im Parlament, sein Oberarm ist nicht aus Zwirn. (Tastet den Arm des Professors an und fährt fort): Wir müssen in Buda eine Zwirnfabrik gründen.« Fängt an französisch zu sprechen, seine weitere Assoziation ist vollkommen zerfahren. Reagiert auf die an ihn gerichteten Fragen nicht, es gelingt nicht, Kontakt mit ihm zu bekommen.

2. IV. Im Bette liegend zieht er seine Füße an, bedeckt sich mit der Decke zeltartig, singt stundenlang jüdische religiöse Lieder. Antwortet auf Fragen nicht, verkennt die Umgebung. Er dutzt den Professor, hält ihn für seinen Mitschüler. Erklärt die in der Mittelschule gelernten mathematischen und physischen Lehrsätze. Wir können in seinen Bewegungen, Handlungen und in der Rede Sperrungen und Schizen oftmals beobachten. 6. IV. Ist autistisch, unzugänglich. 10. IV. Anläßlich der Visite sagt er dem Professor folgendes: »Also ich bitte schön, willst du meine Braut sein? Es gibt ja nur ein Jahr Altersunterschied zwischen uns! Wann war das, als wir noch gelernt hatten, daß die quadratische Gleichung mit einem Unbekannten ist: $ax^2+bx+c=\phi$?« Er leitet die Lösung der Gleichung mathematisch ab, dann wendet er sich ab und fängt an monotone religiöse Lieder zu singen. Vom 18. IV. ab löst sich sein Autismus allmählich. Bittet um Verlegung in den Gesellschaftsraum. Vorläufig liegt er zusammengekauert auf der Bank und interessiert sich um nichts, andersmal steht er längere Zeit hindurch in der Mitte des Krankensaales in bizarren, manirierten Posen. Wir können oftmals beobachten, daß Patient, wenn er jemanden anblickt, plötzlich zu reden anfängt und inadäquate, zerfahrene Fragen stellt, z. B.: »Also ich bitte schön, Herr Doktor, wenn ein Mann 30 Pengö stiehlt, auf wieviel Zeit soll er eingesperrt werden und wer straft ihn, der Bezirksnotar oder der Vorstand?« oder: »Wissen Sie, daß es eine Faust-Oper, ein Faust-Drama und ein Faust-Theaterspiel gibt? Schrieb... Wer schrieb es ja eigentlich? Madách!« Andersmal fängt er plötzlich an französisch, deutsch zu sprechen, oder leitet einen trigonometrischen oder optischen Lehrsatz ab. 5. V. Er ist abwechselnd wirr und geordnet, aber fortwährend auffallend still. Zeitweise spielt er Karten, blickt in die Zeitung, sitzt gemächlich im Sprechzimmer, bittet andersmal, in

die unruhige Abteilung verlegt zu werden, zieht die Decke auf sich und singt. 8. V. Steht statuenartig, bewegungslos in der Mitte des Korridors, wenn er jemanden anblickt, salutiert er plötzlich und fängt ohne Hemmung zu reden an. Es ist zu solcher Zeit unmöglich, ihn in seiner Rede zu unterbrechen und Pat. reagiert auf die an ihn gerichteten Fragen nicht. Zeigt eine wächserne Biegsamkeit ohne Tonussteigerung. 18. V. Ist wieder vollkommen geordnet. Seine katatonen Symptome hörten auf. Auf die Fragen antwortet er mit seiner leisen, ehrerbietigen Weise. Noch ein wenig verstimmt. Berichtet ausführlich über die Psychose. Wenige Tage vor seiner Erkrankung empfing er die Visite seiner zwei Neffen. Diese erzählten ihm, daß eine New Yorker Zeitung neulich eine Nachricht über eine große Erbschaft mitteilte, die die Familie Gold... betrifft. Die Mitteilung regte ihn sehr auf. »Ich wurde appetitlos, verstimmt und wortkarg. Da kamen ernste Gedanken, weiterhin eine hochgradige Schlaflosigkeit und starkes Herzklopfen. Zu solcher Zeit ahne ich schon, daß es mir übel gehen wird. Die Symptome gehen einige Tage dem Ausbruche der Krankheit voran.« Berichtet auch über eine falsche Identifikation. Erinnert sich daß er den einen Arzt für Königin Elisabeth, den anderen für den spanischen Exkönig, Alfons XIII., eine Ärztin für eine Bekannte aus Mezötelegd hielt. Hatte auch optische und akustische Sinnestäuschungen. »Ich sehe damals ebene und plastische Gestalten und höre Stimmen, aber in letzterer Zeit schon weniger. Die gesehene Gestalt ist eben, wie ein Bild oder plastisch wie eine Statue. Ich schaue einen Punkt an und allmählich erscheint mir eine Gestalt, z. B. Vörösmarthy (großer ungarischer Dichter aus dem XIX. Jahrhundert) und anderesmal dieser Ujházy, dieser berühmte Schauspieler, ohne daß ich auf sie gedacht hätte. Sie sprechen nicht und wechseln ihre Plätze nicht, aber sie bewegen sich doch. Dann sehe ich manchmal einen schönen Park, dies kommt vor, wenn ich mich gänzlich, auch meinen Kopf, bedecke. Diese Szene ist angenehm, auf einmal kommen aber wieder Vögel und stecken die Zungen zischend auf mich heraus, dies ist schon unangenehm. Hier in der Tömö-Gasse höre ich manchmal: »Du Ungeschickter, Du Dummkopf«, sie sagten nur solche unangenehmen Ausdrücke, nur solche beleidigenden Wörter, »du Narr«, immer eine Frauenstimme, kommt nur von einer Person her, hier ist aus der Tömö-Gasse ein Mädchen, ich kenne ihren Namen nicht, aber wenn ich von dem Stockwerke hinunterschaue, blicke ich sie zuweilen an. Und meine Ohren sausen häufig. Dann wird es mir befohlen: »Schau hin, schau her, setze dich, stehe auf!« usw.

Nach dem Abklingen der Psychose ist Patient noch etwa 4—5 Tage lang ein wenig verstimmt und stiller als gewöhnlich, seit dem 25. V. bekam er aber seine frühere Stimmung und sein früheres Interesse wieder, ist vollkommen geordnet, konventionell. Spielt Karten mit den Mitpatienten, liest Belletristik und täglich Zeitungen, zeigt Interesse für die Außenwelt, ist über die Ereignisse der verschiedenen europäischen Konferenzen, über die politischen Fragen usw. orientiert. Schreibt Briefe an seine Angehörigen, möchte gerne wieder bei ihnen einen Besuch abstatten. Bekommt keine Medikamente, schläft ohne Schlafmittel gut. Katatone Symptome, Sinnestäuschungen, Wahnideen sind beim Patienten nicht einmal in Spuren nachzuweisen. Seit dem 18. IX. wieder verwirrt. Abschluß der Krankengeschichte am 31. X. 1933.

Obgleich der Krankheitsverlauf bei unserem Patienten mehrere Erscheinungen erkennen läßt, die in den gewöhnlichen Verlauf der Schizophrenie schwer einzuordnen sind, erscheinen uns die einzelnen skizzierten Querschnittsbilder als so typisch, daß die Diagnose der Schizophrenie unserer Meinung nach als vollkommen gesichert angesehen werden kann. Wenn wir die Verwirrtheitszustände des Kranken aus dem Gesichtspunkte der von *Gruhle* zusammengefaßten Elementarsymptome analysieren wollen, dann erscheint uns zweckmäßig, zwischen den vor und nach 1906 beobachteten psychotischen Zuständen einen Unterschied zu machen. Dieser Zeitpunkt ist nämlich derselbe — wie oben bereits erwähnt wurde —, in dem der Charakter der Psychosen sich bis zu einem gewissen Grade umwandelt und mit dem allmählichen Erbleichen der katatonen Erregung psychogene Mechanismen in den Vordergrund rücken.

Die pathognostischen Symptome der Schizophrenie sind in den Schüben vor 1906 sozusagen ausnahmslos vorzufinden. So kamen bei dem Patienten folgende Symptome zur Beobachtung.

1. Sinnestäuschungen. Es stellt sich aus den Daten der Krankheitsgeschichte und den Katamnesen heraus, daß Patient in allen Verwirrtheitszuständen optische und akustische, seltener auch haptische Hallucinationen hatte. Die Sinnestäuschungen waren früher massenhaft, kaleidoskopisch abwechslungsreich, in letzterer Zeit sind sie wesentlich seltener.

a) Seine optischen Hallucinationen sind im allgemeinen nicht elementar, sondern zusammengesetzt, gestaltmäßig, zeigen aber eine volle Sinnmäßigkeit und Leibhaftigkeit, sowie ein vollkommenes Realitätsurteil. Inhaltlich stehen sie oftmals außerhalb des aktivierten psychischen Feldes *(Gruhle)*. Sie sind fremdartig; es kommt jedoch schon von Anfang an vor, daß einzelne Sinnestäuschungen auf die oneiroide Erlebnisform erinnern und als katathyme Wunscherfüllungen einer durch die Flucht aus der Realität verwirklichten autistischen Wahnwelt aufzufassen sind. Für die ersteren können als Beispiele erwähnt werden: sah schreckliche Gestalten, Aufmärsche von Soldaten, andersmal Frauen, die ihre Gesichter und Formen ständig wechselten; für die letzteren können wir schon aus dem Jahre 1896 ein Beispiel anführen: Reise nach Italien, »wo die Zitronen blühen«, hier sah er eine große Menge von Orangen, Zitronen und Feigen. Während des späteren Krankheitsverlaufes werden seitens der optischen Hallucinationen mehr und mehr diejenigen vom katathymen Typ in den Vordergrund gedrängt, sie gehen ohne scharfe Grenzen in die Illusionen über und rufen eine volle illusionistische Umgestaltung der Umgebung und Position des Patienten sowie auch falsche Identifikationen hervor.

b) Seine Gehörstäuschungen sind richtige reine Stimmen, die von den Stimmen lebendiger Personen nicht unterschieden werden können. Patient kann auch die Klangfarbe und den Charakter der Stimmen erkennen, hört Männer- und Frauenstimmen, die Stimmen seines Bruders und einer aus seinem Heimatsdorfe herstammenden Frau. Die Stimmen begleiten die Gedanken und Handlungen des Patienten mit Bemerkungen, z. B.: »Du hast es verdient!« oder: »das wäre ja überhaupt nicht so schlecht!.... Wieso?....« anderesmal erhält er Anweisungen: »Schau hin, schau her!.... Setze dich! Stehe auf! Trinke nicht viel Wasser!« usw.; wird ausgeschimpft: »Du Stinkender, du Streiker, du ungeschickter Dummkopf, Narr« usw..... Diese Gehörstäuschungen sind vollkommen ichfremd, haben eine volle Leibhaftigkeit, sind gänzlich projiciert, änderten ihren Charakter mit der Zeit nicht.

c) Es ist wahrscheinlich, daß beim Patienten am Anfange seiner Psychose auch massenhafte haptische Hallucinationen vorhanden waren, die später allmählich in den Hintergrund traten. Als Beispiel kann erwähnt werden: Am 8. I. 1903 gibt Patient an, daß die Ärzte ihn mit elektrischen Schlägen strafen und bei ihm mit Röntgenstrahlen experimentieren.

Es ist kein Zweifel, daß der außer des aktivierten psychischen Feldes stehende Anteil der optischen Trugwahrnehmungen des Patienten, weiterhin seine akustischen und haptischen Hallucinationen die Kriterien der schizophrenen Hallucination erkennen lassen, also diese als schizophrene Grundsymptome aufzufassen sind.

2. Eine dominierende Rolle spielen in allen Schüben die Impulsstörungen, so: Stupor, Mangel an Antrieb, Bewegungsdrang, Negativismus, Mutacismus, Sperrungen, Ergo- und Logoschisis und -dialeipsis, wächserne Biegsamkeit ohne Tonussteigerung, früher auch Katalepsie, typische Krystallisation, raptusartige Handlungen, Verbigeration, Iteration. All diese Erscheinungen gehen aus der mitgeteilten Krankheitsgeschichte klar hervor und traten bei Patienten derart typisch auf, daß Prof. *Moravcsik* den Fall schon in 1907 in der Allgem. Z. f. Psych. usw. (Bd. 64) mitgeteilt und später auch in seinem Lehrbuche besprochen hatte. Wie oben erwähnt, traten die elementaren dranghaften Erregungssymptome, die raptusartigen Handlungen und die kataleptischen Erscheinungen während des späteren Krankheitsverlaufes allmählich in den Hintergrund, die übrigen, hauptsächlich akinetischen katatonen Symptome hingegen bestanden unverändert fort und kamen auch bei den letzten Schüben zur Beobachtung. Wir beabsichtigen hier nicht die einzelnen Symptome

ausführlich zu erörtern, es erscheint uns als ausreichend, auf die allgemein bekannte Feststellung hinzudeuten, daß die Schize oder die Sperrung eine, für die Schizophrenie pathognostische, qualitative Impulsstörung ist und als solche für ein Elementarsymptom der Schizophrenie gilt.

3. In jedem Schub erscheinen beim Patienten typische schizophrene Denk- und Associationsstörungen. Die von 7. VIII. 1906, 30. XI. 1913, 6. XII. 1913, 3. XI. 1919 und 31. III. 1933 mitgeteilten freien Associationsproben enthalten die klassischen Beispiele der Schize, des Gedankenentzuges, der Zerfahrenheit, der schizophrenen Ellipse und der Entgleisung.

4. Wahnbildung erscheint in den einzelnen Schüben fast regelmäßig, jedoch meistens nur in Form der primären Beziehungssetzung ohne Anlaß, oder in der des primären Symbolbewußtseins. Z. B.: Auch die Sonne schien nicht ordentlich; der Glockenklang meldete, daß man ihn zum Glaubenswechsel zwingen will; man will ihn zwingen Schauspieler zu sein. Den Haken für die Wanduhr auf der Wand anblickend fürchtet er, daß man ihn aufhängen werde; die Ärzte forschen seine Gedanken mit Röntgenstrahlen aus, usw. In charakteristischer Weise bleiben die Wahnideen immer bruchstücklich, werden niemals systematisiert, verschwinden mit dem Abklingen der einzelnen psychotischen Perioden gleichzeitig immer spurlos. Wir werden die katathymen Wunscherfüllungen des Patienten, die häufig zu einer dauerhaften falschen Umformung der Umgebung und der eigenen Person führen, gesondert erörtern. Es ist charakteristisch, daß es sich auch bei dieser autistischen Wahnwelt des Kranken um keine wirkliche Desorientierung handelt, sondern Patient nur mit einer »doppelten Buchführung« arbeitet.

5. Fassen wir endlich ins Auge, in welchem Maße und in welcher Form die typische schizophrene Ichstörung, d. h. eine primäre, unableitbare Veränderung des Gemütszustandes beim Patienten in Erscheinung tritt. Wir können beim Kranken keineswegs von einer Affektverblödung oder Affektlahmheit sprechen, irgendeine Veränderung des Gemütslebens kommt jedoch zweifellos zur Beobachtung. Patient war früher von ausgesprochen hyperästhetischer, empfindlicher, stiller, milder Natur: in 1902 berichten schon seine Angehörigen, daß er auch während der geordneten Zustände mürrisch, menschenscheu, reizbar, jähzornig und ungestüm ist; geht mit ausdrücklicher Ambition und mit festen Zielen (Polytechnik, wollte Architekt sein) dem Leben entgegen, bricht jedoch ab, versucht die verschiedensten Beschäftigungen, war zuletzt Anstreichergehilfe. Gegenwärtig bleibt er seit Jahren in der Abteilung B, beinahe ausschließlich unter chronischen Schizophrenen und dementen Paralytikern, obgleich wir ihm in seinen

geordneten Zuständen mehrmals die Verlegung in die ruhige Abteilung anboten. Patient will nämlich nicht unter ruhige und intelligente Kranken kommen. In seinem Narcismus muß er auf der Abteilung eine besondere Rolle spielen: wenn jemand ihn entweder im Spiel oder hinsichtlich der Kenntnisse übertrifft, reagiert Pat. sogleich mit Psychose, in der er sich für die erduldete Verminderung durch seine katathymen Erlebnisse regelmäßig entschädigt. Was endlich den Interessekreis des Pat. betrifft, so ist dieser gänzlich zerstreut, zeigt keine bestimmten Richtungen. Er liest alles, was in seine Hände gelangt, sei es ein Heldenepos aus der Provence, Faust, die Tragödie des Menschen oder der minderwertigste Schmöker. Wenn er seines Lesestoffes zu Ende geht, liest er dasselbe Buch auch zum zweiten oder drittenmal. Liest die Zeitung täglich bis zum letzten Buchstaben durch und, wenn wir bei der Visite an ihn die Frage richten, »Was ist Neues?« berichtet er in gleichmäßig indifferentem Tone sowohl über die gleichgültigsten, uninteressantesten, wie auch über die Nachrichten von größter Tragweite.

Die pathognostischen Elementarsymptome der Schizophrenie sind also beim Patienten nachzuweisen und wir können somit die Diagnose als gesichert ansehen. Betrachten wir jetzt diejenigen Symptome, welche in unserem Falle von den gewöhnlichen Symptomen und dem gewöhnlichen Krankheitsverlauf der Schizophrenie abweichen. Von diesen Symptomen müssen wir in erster Linie den periodischen Krankheitsverlauf erwähnen. Unser Fall unterscheidet sich von den bisher mitgeteilten periodischen Schizophreniefällen schon durch den außerordentlich langen Krankheitsverlauf und die sehr große Zahl der psychotischen Perioden. Die Zahl der Schübe beträgt bei unserem Pat. während 41 Jahre 176. Abgesehen von den Fällen *Bleulers*, von denen bei dem einen stuporöse und relativ geordnete Zustände, bei dem anderen katatone Erregung und Stupor täglich abwechselten, weiterhin von *Näckes* »Katatonia alternans«, bei der die Abwechselung der stuporösen und Erregungszustände ungefähr 25 stündlich beobachtet wurde, steht unser Fall wegen der großen Anzahl der Verwirrtheitszustände ohne Zweifel allein in der Literatur. *Rychlinski* berichtet in einem, von ihm mit der Diagnose »periodisch-hallucinatorische Psychose« mitgeteilten Falle von periodischer Schizophrenie über 40 Schübe, *Mayer-Groß* und *A. Homburger* beobachteten in ihrem Falle (Joseph Bolz) 30 Verwirrtheitszustände, *H. Schwarz* observierte bei einer Patientin 24, *Pohlisch* bei einer Patientin (Fall 34. Helene D.) 22, bei einer anderen (Fall 54. Marie M.) 18 psychotische Perioden. In einem Teile der Fälle von *Schüle*, *Wernicke*, *Kraepelin*, *Schroeder*, *Hauptmann* und *Lange* ist die Zahl der psychotischen Perioden bei weitem kleiner, in dem

anderen kann die Diagnose nicht als gesichert betrachtet werden. — Die Charakteristika der Schübe haben wir schon kurz erwähnt. Der beobachtete kürzeste Verwirrtheitszustand dauerte 5, der längste 322 Tage, die Dauer der meisten Schübe beträgt 20—50 Tage. Ungefähr dieselbe Zeitdauer gilt auch für die Aufhellungsperioden.

Was den Typ der einzelnen Verwirrtheitszustände betrifft, kam während des Krankheitsverlaufes eine gewisse Änderung zur Beobachtung. Die ersten Schübe zeigten ein amentia-artiges Bild. Die charakteristische Symptome waren: massenhafte primäre Beziehungen, massenhafte visuelle, akustische und haptische Hallucinationen, hochgradige psychomotorische Unruhe, Bewußtseinstrübung, welch letztere sich nur in einer völligen Unfixierbarkeit manifestierte, ließ aber die Erinnerung auf die Verwirrtheitszustände ungestört. Seit 1902 bestehen die »Anfälle« des Pat. typisch aus 3 Phasen, u. zw.: 1. eine prodromale vasovegetative; 2. eine psychomotorische, und 3. eine gebunden-autistische Phase. Während der vasovegetativen Phase wird das Bewußtsein des Kranken graduell verengt, er muß sich ständig mit einem unangenehmen Gedanken beschäftigen, (z. B. daß er ein Taugenichts und von seiner Familie vernachlässigt sei, daß er beleidigt wurde usw.), kann von diesen quälenden Gedanken nicht loswerden, dann erscheinen massenhafte Beziehungsideen. — Die psychomotorische Phase erscheint in der Regel nach einer schlaflos verbrachten Nacht plötzlich, ihre Symptome sind: katatone Erregung, Katalepsie, massenhafte Sinnestäuschungen. — Der Hauptcharakterzug der dritten oder der autistischen Phase besteht in dem Auftreten von akinetischen katatonen Symptomen und — während die Sinnestäuschungen unverändert fortdauern — dem Erscheinen einer katathymen Wahnwelt mit Wunscherfüllungen, mit einer Reihe von zusammenhängenden oneiroiden Erlebnissen, mit der falschen, illusionistischen Verkennung der Umgebung, (doppelte Buchführung, siehe unten). Es kommt vor, daß in diesem Zustande wieder vasomotorische Symptome erscheinen und hernach eine neuere psychomotorische Phase sich entwickelt, meistens löst sich aber die autistische Phase mit einer leichten Verstimmung. Vor der endgültigen Aufhellung kommen häufig von einigen Minuten bis einige Stunden dauernde transitorische Aufhellungen vor. Die Erinnerung an die Dauer des Anfalles wird immer gut erhalten. — Betrachten wir jetzt die einzelnen Charakterzüge der Schübe:

1. Einleitende vasovegetative Symptome: Von der der Psychose vorangehenden hochgradigen Schlaflosigkeit gibt es eine Erwähnung schon aus dem Jahre 1892, die ersten objektiven Daten über die vasovegetativen Symptomen des Patienten stammen jedoch nur vom 20. VIII. 1900, damals wurde nach den Aufzeichnungen des observierenden Arztes das »dauernde Erröten des

Gesichtes und eine starke Salivation« beobachtet. Am 27. XII. 1900 wurde wieder festgestellt, daß das Gesicht des Patienten errötete und daß er in der ganzen Nacht nicht schlafen konnte. Während des vom 12. IV. 1902 bis 28. II. 1903 dauernden Schubes meldeten sich schon auffallend oft vasomotorische Störungen bei dem Kranken: das Gesicht wird häufig glührot, an der Brust erscheint ein fleckiges Erröten, die Hals- und Schläfenadern schwellen an, die Pulszahl steigt über 100. Am 8. I. 1903 gibt Patient an, daß er zeitweise auch in seinen gesunden Zuständen von 1—2 Tage lang dauernden Genickschmerzen gequält wird; zu solcher Zeit errötet er, wird schlaflos, muß öfters urinieren, fühlt Trockenheit im Rachen. Von dieser Zeit an sind betreffs der vasovegetativen Störungen genaue Aufzeichnungen in der Krankheitsgeschichte vorzufinden. Diese kommen regelmäßig 1—2 Tage vor dem Ausbruch der Psychose. Außer den oben erwähnten Symptomen werden beim Patienten mehrmals häufiges Urinieren, starke Salivation und profuse Schweißsekretion, anderesmal subfebrile Temperaturen beobachtet. Es stehen uns vom 18. IX. 1902 bis 3. IV. 1903 von den Morgen- und Abendtemperaturen und der Pulszahl des Kranken genaue Daten zur Verfügung. Während des Verwirrtheitszustandes zeigt die Temperatur in der Regel täglich die maximalen Höhen von 37.4 — 37.5° C., erreichte bei einer Gelegenheit ausnahmsweise 38° C, die täglichen Schwankungen überschreiten öfter wesentlich 1° C. Die Pulszahl bewegt sich in den subfebrilen Zuständen im allgemeinen zwischen 80 p. M. und 110, erreicht aber bisweilen eine Höhe von 130. Gleichzeitig tritt eine ständige Gewichtsabnahme auf, wir beobachteten z. B. bei dem Beginn eines fieberhaften Zustandes eine Gewichtsabnahme von 5 kg in einer Woche. Es kommt vor, daß sich zwischen der Temperatur und dem psychotischen Zustande ein enger Paralellismus nachweisen läßt. Seit 1913 haben wir betreffs der Temperatur keine systematischen Aufzeichnungen, während der letzteren Psychosen kam beim Patienten keine Subfebrilität zur Beobachtung. Der erwähnte, während der vasovegetativen Phase früher häufig auftretende Harndrang (in 3—4 Stunden mußte er 14—22 mal urinieren) hörte in den letzteren Jahren ebenfalls auf, die übrigen Symptome bestehen aber auch gegenwärtig unverändert. *Pohlisch* berichtet über gewissermaßen ähnliche Symptome bei seiner Patientin Helene D. (Fall 34), bei der die Schübe teils durch Subfebrilität eingeleitet waren. Bei der Patientin von *H. Schwarz* meldeten sich ebenfalls vasomotorische Symptome: die Kranke fühlt vor dem Ausbruch der Psychose, als wenn »sie einen dicken Kopf bekäme«, weiterhin beobachtete auch *Mayer-Groß*, daß sein Patient Joseph Bolz »im Erregungszustande einen kongestionierten Kopf mit leuchtenden Augen zeigt«.

2. Wir müssen die auslösenden psychischen Anlässe und die während der Psychose erscheinenden, mit dem Vorigen öfter in enger Verbindung stehenden psychogenen Mechanismen gemeinsam besprechen, die mit ihren katathymen Wunscherfüllungen und zusammenhängenden Erlebnisreihen dem oneiroiden Zustandsbilde entsprechen. Patient war schon im frühen Kindesalter von sehr empfindlicher, stiller Natur, hing an seiner Mutter und zog sich von seinen Mitschülern zurück. Zu der Entwickelung von all diesen Charakterzügen war er schon durch seinen schwachen Körperbau veranlagt. Verlebte sein Kindesalter unter schweren Entbehrungen, dabei kam auch sein Sexualleben verspätet in Gang: Onanie von seinem 16.—20. Jahre, erster Coitus mit 20 Jahren, lebte niemals ein normales Geschlechtsleben. Die Entbehrungen, seine somatische, wie auch seine sexuelle Insuffizienz (für die Erklärung der letzteren würde die Psychoanalyse ohne Zweifel eine hochgradige Fixierung an die Mutter annehmen) bilden dem Kranken für die realen Freuden des Lebens undurchdringliche Hindernisse. Die Folge für den Patienten ist eine übertriebene narcistische Einstellung. Sein Leben durch die milden Gaben der Verwandten fristend lernt er mit großer Ambition, arbeitet sich zum besten Schüler der Klasse empor, gibt später Privatstunden, um sich von dem quälenden Gefühl des Gnadenbrotes losmachen zu können. In seinem Alter von 18 Jahren wirft die spätere Psychose bereits ihren Schatten voraus, als er, der beste Schüler der Klasse sich fürchtet, daß der Physikprofessor ihn durchfallen lassen wird. Sowohl diese Angst, wie auch die mit der großen amerikanischen Erbschaft verknüpften Erregungen sind in seinen psychotischen Zuständen in umgestalteten, aufgelösten Formen öfter aufzufinden. Er wird gezwungen, wegen materieller Ursachen seine polytechnischen Studien nach vier Semestern aufzugeben. Er kämpft noch eine Zeit lang und sammelt während seiner verschiedenen Beschäftigungsversuche die Rigorosumstaxe, erwähnt aber nach seiner ersten Psychose in 1892 die Polytechnik nicht mehr. Er ist gezwungen, auf seine Ambitionen zu verzichten, bestrebt sich jedoch weiter, nicht auf andere angewiesen zu sein und wenigstens sich selbst erhalten zu können. Seine Ansprüche muß er graduell herabmindern, die einzelnen Stufen sind: Hauslehrer, aber bereitet sich auch zum Rigorosum vor, später: Zeichner in einer Baukanzlei, Kanzellist, Korrektor, Post- und Telegraphenamtpraktikant, endlich Anstreichergehilfe. Trotz der immer von neuem erscheinenden Psychosen ergibt er sich noch immer nicht seinem Schicksale. Am 17. XI. 1902 erwähnt er in seinem transitorisch helleren Zustande, daß er es nach der Entlassung mit dem Schneiderhandwerk versuchen möchte. Seine weiteren Beschäftigungsversuche führen schon in die Psychosen des Kranken hinüber.

In den ersteren psychotischen Schüben erscheint noch die sexuelle Insuffizienz in direkter Form. Am Anfang seiner ersten Psychose nach vier- bis fünftägigen hypochondrischen Beschwerden, beschloß er in einer Nacht plötzlich — sagt er — mit seinem bis dahin gelebten Leben abzubrechen und nicht weiter zu lernen. Hat Geld zu sich genommen und ging zu einer Prostituierten, wo er 2—3 Stunden blieb. Während der im Jahre 1896 beobachteten Psychose kommen auch Frauengestalten unter den Sinnestäuschungen vor: gibt an, daß er unter seinen Krankengenossen auch Frauen erblickte, die bald mager, bald fettleibig waren. Es ist höchstwahrscheinlich, daß in dieser Zeit sexuelle Phantasien in seinen Wunscherfüllungen eine große Rolle spielen, daß er sich aber darüber nach dem Verlaufe der Psychosen wegen seiner Schamhaftigkeit nicht äußert. Wir haben in dieser Hinsicht eine charakteristische Aufzeichnung von 26. IV. 1912. Die Stimmen sagen: »Ist es Dir erlaubt, einen größeren Penis zu haben? Hast Du es verdient? Gut, daß du in der Balassa-Gasse ein wenig discipliniert bist...., Das Mädchen Ország, in das ich verliebt war, das Mädchen eines Professors.... Weist du nicht, daß ich Caroline F. von Mezötelegd bin und, daß ich in deinem Alter bin? Als du 12 Jahre alt warst, bist du verschwunden und ich konnte nicht erfahren, wohin du verschwunden bist. Ich schätze den Mann nach der Größe seines Penis.« Während der Psychosen ca. bis 1907 onaniert er öfter, anderesmal beschmiert er sich mit Kot. Die auch schon früher existierende starke affektive Bindung zur Mutter und Schwester steigert sich nach 1907 noch mehr; die direkten sexuellen Elemente werden gleichzeitig in dem inhaltlichen Anteil der Psychosen mehr und mehr in den Hintergrund gedrängt. Im weiteren entstanden bei dem Kranken drei verwundbare Punkte, deren Berührung als ein schweres psychisches Trauma wirkt und in der Regel eine Psychose auslöst. Diese sind: 1. Die affektive Bindung zu der Mutter, bezw. der Schwester (Mutter in 1902 gestorben), im allgemeinen zu der ganzen Familie; 2. eine narcistische Überbewertung der eigenen Person; 3. seine Angewiesenheit auf Andere, seine Unfähigkeit sich selbst zu erhalten.

Das inhaltliche Wesen der Psychosen des Kranken ist von dieser Zeit an der aktuelle Konflikt, der zwischen seiner Umgebung und irgendeinem der erwähnten drei Punkte entsteht, und die während der Psychose eintretende Lösung des Konfliktes. Zur Unterstützung unserer Behauptung können wir zahlreiche Beispiele anführen:

Ad 1. 20. XI. 1903. Pat. sieht die Ursache der abgeklungenen Psychose darin, daß er von seiner Schwester einen unangenehmen Brief bekam. 3. II. 1905. Bekommt von seinem Neffen einen Brief und findet diesen in nicht genügend vertraulichem Ton geschrieben. Dies nimmt er sehr zum

Herzen. Einen Tag später wird er psychotisch. 12. XI. 1905. Gestern empfing er die Visite seiner Schwester. Er machte ihr aufgeregte Vorwürfe, daß sie sich um ihn nicht kümmert, ihn hierher gebracht hatte. Wenn er zu Hause entsprechendes Schlafmittel bekommen hätte, wäre er schon lange gesund und würde nicht in die Anstalt gebracht. Heute morgens ist er verwirrt. 27. VIII. 1907. Gestern bat er um Briefpapier, um seiner Schwester zu schreiben. Abends war er noch ruhig, geordnet. Den Brief setzte er noch gestern auf und fing morgens an, ihn ins Reine zu schreiben, gelangte jedoch nur bis zur Hälfte, es gelang ihm nicht, ihn fortzusetzen. Bei der Visite sagte er errötet, mit ganz verändertem Gesichtsausdruck, mit angeschwollenen Schläfen- und Stirnadern: »Herr Doktor, den Brief habe ich geschrieben, bin jedoch nicht genügend gesund, ihn zu beendigen.« Von nun an ist er 25 Tage lang verwirrt. Der Aufsatz und die Reinschrift des Briefes sind grammatisch tadellos, ebenso auch seine Form und Schrift. Schreibt im Briefe unter anderem folgendes: »Es würde mir wohltun, wenn ich Euch sehen könnte, ich rechnete nämlich Sonntag beinahe sicher darauf, daß jemand von Euch mich besuchen wird, aber ich täuschte mich in meiner Berechnung. Vielleicht wärest du so gut am nächsten Samstag oder Sonntag mich zu besuchen. Ich kann von Dir, meine liebe Schwester, kein materielles Opfer verlangen, nur Geschwisterliebe und Treue, ja liebe Vilma, Du warst auch schon bei anderen Gelegenheiten so gütig, mir deinen Schutz zu gewähren, und ich glaube, daß Du mich auch hernach nicht von Dir verstoßen wirst.«

Am 28. VIII. 1919 wurde er während des bei seiner Familie abgestatteten Besuches verwirrt und in die Klinik zurückgebracht. Nach seiner Aufhellung am 27. IX. erklärt er die Ursache der Verwirrtheit folgendermaßen: »Ich möchte sehr gerne wieder hinausgehen, aber der Herr Professor bewilligt es nicht, da ich zuletzt zu Hause krank wurde. Die Tochter meiner Schwester schmierte Mus auf mein Brot. Meine Schwester fragte, warum sie es so dick schmiere. Dies nahm ich sehr zum Herzen, konnte die ganze Nacht nicht schlafen und pfiff ein Lied: »Es gibt ein Haus am Ende des Dorfes, ein Jüdlein wohnt darin.« Am andern Tage kam der Pfleger V. und brachte mich in die B. zurück.« Äußert sich über seine Schwester auch heute, Jahre nach ihrem Tode, folgendermaßen: »Meine angebetete, teuere Vilma.«

Ad 2. Seit dem Kindesalter strebte er mit großer Ambition, sich unter seinen Mitschülern auszuzeichnen. Liest auch während seiner klinischen Aufenthalte in den geordneten Zuständen sehr viel, früher die Arbeiten von klassischen Schriftstellern und Philosophen. Vermöge seiner höheren Bildung und Fähigkeiten wünschte er eine besondere Behandlung seitens der Ärzte und Ehrenbezeugung seitens des Pflegepersonals und der Mitpatienten. Er bewacht eifersüchtig seinen Vorrang. Eine Zurücksetzung, ein derbes Wort oder Anweisung, sowie die Gefährdung seines Vorranges spielen öfter eine Rolle in den psychose-auslösenden seelischen Traumata. Z. B. 12. XI. 1903 »Einer juristischen Frage wegen habe ich mich mit Fülöp (der Oberpfleger) verzankt, darum gelangte ich hieher.« 26. IX. 1909. Gestern stritt er lebhaft mit einem Mitpatienten, sein Gesicht errötete dabei: schlief des Nachts nicht, beklagte sich morgens über den Kranken, sprach verwirrt, wird in die unruhige Abteilung verlegt. 1. II. 1913. »Der Arzt läßt außer Acht — sagt er —, daß er hier schon lange behandelt wird, auch beim Militär

wird ja ein Soldat nach zwei Jahren weniger bestraft, als einer mit vier Monaten. Es ist möglich, daß der Arzt ein Diplom hat, er hat aber keinen Begriff davon, wie sehr er leidet. Er fühlt sich in seinem Selbstgefühl dadurch beleidigt, daß der Arzt ihm anbot, seine verlorenen Sachen aus der eigenen Tasche zu ersetzen. Eine andere Beleidung für ihn war, daß der Arzt sich mit einem neuen Kranken eine Stunde lang unterhielt, ihn so lange warten ließ und mit ihm nur kurzgefaßt sprach. »Soviel Recht müßte auch noch der Herr Doktor verstehen, daß er die Kranken nicht warten lassen dürfte. Der Herr Doktor läßt außer Acht, daß diese Leute hier Familie, Kinder, Vorleben und Sehnsüchte haben. Ich wünsche nicht, daß ich in Acht genommen werde, weil ich ein Beamter war, aber kann man das leugnen, daß ich an der Polytechnik, wenn auch nicht alle elf, immerhin drei Prüfungen abgelegt habe?.« 21. III. 1913. Der Pfleger sagte zu ihm: Halts Maul! und seitdem kann er von dem Gedanken nicht los werden, daß er beleidigt wurde. Die strenge Disziplin ist niederdrückend und es wäre gut, wenn er, der schon seit zehn Jahren in der Anstalt ist, gewisse Vorteile genießen könnte. Das ärgste ist aber, daß eben die neuen Pfleger die eigenmächtigsten und von den derbsten Manieren sind. Zu seinen Verwandten von einem Wärter begleitet, fürchtet er, daß durch das Erblicken der Armut und des großen Elends seine Würde vor den Wärtern herabsinken werde, da — glaubt er — sie das Gesehene einander sicher mitteilen. Er hat es nötig, daß er von dem Pflegepersonal nicht geringgeschätzt wird. — Es kommt vor, daß Patient über eine verlorene Schachpartie sich tagelang grämt und danach psychotisch wird. Wie wir es schon oben erwähnten, wünscht er seit Jahren auch in seinen geordneten Zuständen sich in der Abteilung der chronischen, ganz dementen Kranken aufzuhalten, da er zwischen den intelligenten und geordneten Patienten seinen Vorrang gefährdet fühlt. Er kränkt sich auch über seine jüdische Religion und seinen jüdischen Namen: während seiner ersten Psychose bedeutete der Glockenklang für ihn, daß man ihn auf Glaubenswechsel zwingen will. In einer seiner späteren Psychosen nennt er sich Lorenz Gonda, später Lorenz Harang (Harang = Glocke), da er früh seinen Namen magyarisiert hatte, andersmal wird er verwirrt, als er erfuhr, daß sein Neffe den Namen magyarisierte.

Ad 3. Schon im Kindesalter versuchte Patient sich selbst zu erhalten. Später, während seiner Remissionen versuchte er, sich durch die verschiedensten Beschäftigungen materiell unabhängig zu machen. In der Klinik ist er dienstfertig, schreibt Kataloge ab, verrichtet verschiedene Schreibarbeiten, sich dadurch fast in die Illusionen hineinwiegend, daß er sein Brot verdient. Am 4. III. 1907 wird seine Psychose dadurch ausgelöst, daß ein Kranker ihn Spitalfüllung nennt. Am 3. IV. 1903 wird er auf zwei Tage nach Hause gelassen: steigt mit seinem Schwager nicht auf die elektrische Bahn auf, »da sie dort nicht ruhig sprechen können«. Später gesteht er, daß er darum nicht auf die Elektrische aufsteigen wollte, weil er nicht imstande war, seinem Schwager das Fahrgeld zurückzahlen. Er kam in die Klinik verwirrt zurück. Die Erklärung des Konflikts ist folgende: In seinen Psychosen taucht mehrmals der Gedanke auf, daß er durch Prof. Moravcsik in die Klinik gebracht wurde, um ihm zu dienen. In der Klinik verrichtet er verschiedene Schreibarbeiten und nimmt vom Arzte sozusagen für diese Arbeiten gelegentlich seiner Ausgänge für die Deckung seiner Ausgaben 1—2 Kronen an. Der Arzt hat letztens die Geldgabe vergessen. 21. III.

1913. Fragt, ob der Arzt auch nur so über ihn denke, daß er nur das Mittag- und Abendmahl, und abends das vollkommene Nichtstun, das gute, ruhevolle Bett wartet. Es ist gleich, ob er Neurasthenie oder Katatonie hat, er fühlt das Leben sehr unrecht. Es wäre vielleicht eine Lösung für ihn, wenn er täglich vor- und nachmittags je 2—3 Stunden arbeiten und dafür ein Gehalt von 10—20 Kronen erhalten könnte. Als sich aber der Arzt persönlich für bereit erklärt, die für ihn verrichtete Schreibarbeit monatlich mit 10—20 Kronen zu honorieren, antwortet Pat., daß er den Arzt nicht ausbeuten möchte. 16. III. 1914. Meint, daß die Ärzte ihn verachten, da er keine Arbeit verrichtet, sondern sich nur unterhält, oder faulenzt. Weiß nicht, warum er jetzt keine Arbeit bekomme, wenn er früher bekommen hat, er möchte gerne für die hiesige Verpflegung täglich vier Stunden arbeiten.

Betrachten wir jetzt die Kompensationen des Patienten, mit welchen seine Probleme und Konflikte während der Psychosen in der Regel verdeckt werden. Er löst die Konflikte mit der Familie im allgemeinen so, daß er seine Familienmitglieder während der Psychose in seinen Phantasien teils erniedrigt, teils erhebt er sich über sie, oder separiert sich von ihnen. Er hält sich in seinen Psychosen öfter für den vollmächtigen biblischen Joseph, der einst von seinen Geschwistern ägyptischen Kaufleuten verkauft wurde. Zu solcher Zeit hält er seine Mitkranken für seine Geschwister, die jetzt ihm gegenüber in eine unterworfene Lage gerieten. Er könnte jetzt erwünschen, daß sie sich vor ihm bis zur Erde beugen, oder er könnte sie aus Rache vor die Bestien werfen, er verzeiht ihnen jedoch großmütig. Die Ärzte sind vornehme biblische Personen. Dieses Erlebnis wiederholt sich jahrelang regelmäßig mit geringeren Änderungen. Andersmal hält er den Professor für den berühmten Schriftsteller Alexander Endrödy, der ihn von der Familie entfremden und zum Erben seines Vermögens und Namens machen wolle. Hierdurch erfahren gleichzeitig sein Abstammungsproblem, die Namensmagyarisierung, die Erbschaft und auch die Separierung von der Familie eine Lösung.

Die narcistische Erhebung der eigenen Person erscheint mindestens transitorisch während der meisten Psychosen in irgendeiner Form. So hält er sich schon im Jahre 1896 in seinem verwirrten Zustande für einen General. Zugleich hört er oftmals, daß über ihn lobpreisende Hymnen gesungen werden. Während der weiteren Psychosen gibt er sich mit Königen, Prinzen und berühmten Leuten um und spricht mit ihnen als ebenbürtig. Hält sich für einem Mediziner, andersmal für einem Arzt, duzt öfters die Ärzte. Bei der Aufhellung eines seiner Verwirrtheitszustände erzählt er, daß er sich vor dem Ausbruche der Psychose mit dem Oberwärter über etwas entzweite, sieht darin das auslösende Moment der Verwirrtheit. Er hielt den Oberwärter während der Psychose ständig für Kain. Der Ziel der Personenverkennung ist zweifellos die Bestrafung

des Oberwärters. — Während des Krieges wird er öfters von Gedanken gekränkt, daß er auch für den Militärdienst unfähig ist. Am 25. VII. 1916 gibt er an, daß er während der letzten Psychose häufig gehört hat: »Du bist nicht zum Soldatendienst auf dem Schlachtfelde geeignet« und »den Magen, ja, den kannst du füllen!« In den folgenden psychotischen Zuständen kommt oftmals vor, daß Patient bei der Visite als Soldat sich in »habt Acht« stellt und etwas meldet. Z. B. 1. VI. 1917. Bei der Visite sagt er folgendes: »Herr Doktor, ich plünderte eine Kanone am Schlachtfelde, wollen Sie diese übernehmen?« Auf eine bejahende Antwort bemerkt er, daß er sie nur einem Scheine gegenüber ausliefern kann, nimmt aus der Tasche einen im Taschentuch gewickelten Wasserhahn und überreicht ihn. — Es kommt öfter in seinen Psychosen vor, daß er sich für einen König oder wenigstens für einen jüdischen Kantor, den Professor dagegen für einen Schächter hält. — Der Hauptgrund seines Austrittes aus der VIII. Gymnasialklasse ist offenbar in seiner Angst zu suchen, daß der Physikprofessor ihn durchfallen lassen werde (s. in der Anamnese). Trotzdem er die Reifeprüfung im folgenden Jahre mit Erfolg ablegte, wurde diese Angst in ihm so stark fixiert, daß er auch noch am 10. I. 1914 von ängstlichen Prüfungsträumen berichtet: in seinem Traum fällt er bei der Reifeprüfung durch. Während der Psychosen des Kranken kehrte noch jahrzehntelang zurück und erschien auch in dem Inhalte des letzten Schubes, daß Patient Thesen aus der Physik und Algebra erklärte und ableitete (s. z. B. 10. IV. und 18. IV. 1933). 13. X. 1920. Patient behauptet, daß er seitens des Ministeriums mit der Abhaltung der Rigorosa beauftragt wurde. 3. XI. 1920. Patient berichtet, daß er sich während der Psychose für den Rektor hielt, der die Rigorosa kontrollieren müsse. Glaubt andersmal, er werde in die unruhige Abteilung aus Anerkennung verlegt, oder sei in seinem eigenen Hause und bekomme die Zelle Nr. 2 mit dem Gitterbett als Belohnung seiner Verdienste. Am 24. VIII. 1924 zieht er den Professor zur Verantwortung, warum er seine Kleidung trage. Am 8. IX. 1927 äußert er sich: »Es ist eigentlich viel besser, wenn ich verwirrt bin. Dann befinde ich mich wohl und weiß nichts von mir«, und am 22. XI. 1932: »Jetzt bin ich Lehrer. Soll ich immer ein Bettler sein?«

Seine Angewiesenheit auf andere ist für ihn ein immer quälendes Problem, was er während der Psychosen in verschiedensten Formen löst. Es kommt vor, daß er seine Stelle verlierend während der Psychose eine Reise nach Italien macht, »wo die Zitronen blühen«, andersmal spaziert er in einem wundervollen Park, gut angekleidet, mit goldener Uhr und mit Geld in der Tasche. — Er bestrebt sich seit seiner Kindheit fortwährend, daß man ihn nicht für einen Taugenichts halte und bemüht sich auch während

des klinischen Aufenthaltes, sich brauchbar zu machen. In den psychotischen Zuständen erlebt er die verschiedensten Beschäftigungen, dadurch seine materielle Unabhängigkeit und seine Selbständigkeit verwirklichend. Einige Beispiele seiner hierher gehörenden Aufzeichnungen:

13. II. 1905. Steht vor einem Mitkranken und macht Bewegungen, als wenn er ihn zum Rasieren einseifte. Nachher kehrte während der Psychosen jahrelang zurück, daß Patient die Bewegungen des Barbiers nachahmt: schlägt Schaum, seift ein, rasiert, beugt sich usw. 30. I. 1909. Geht zu dem Arzte und — als wenn er einen Zentimeter in den Händen hätte — nimmt Maß zum Anzug. 15. VII. 1909. Sagt, er sei ein Zeitungsausträger und verdiene täglich 2 Kronen und 80 Heller. 13. XII. 1909. Bei der Visite meldet er den Wärter nachahmend: »Hochgeborener Herr Professor, ich melde gehorsam, 24 Kranken.« 21. XII. 1909. Sagt ohne irgendeine Aktualität, er habe die Handverfeinerung gelernt und nehme diese für 11 Kreuzer an. — Will andersmal manikũren oder massieren. 16. IX. 1911. Behauptet, er sei mit der Verwaltung der Garderobe beauftragt. Am 2. I. 1918 ist er Gemeindediener, trommelt, schreit: »Es wird bekannt gemacht, daß in dem Dorfe ein Kaufmann für alte Eisen sich seßhaft machte, weiterhin, daß im Gebiete der Gemeinde ein Pferd gefangen wurde, der Besitzer kann es übernehmen.« Andersmal ist er: Kliniksangestellter, Müller, ein stellensuchender Arzt, Ministerialkommissar, Eisenbahnschaffner, Abteilungswärterkandidat, Hausmeister; es kommt vor, daß er als Briefträger den Ärzten Baumblätter überreicht mit den Worten: »Bitte, das ist ihre heutige Postsendung.« Er hält sich beinahe während sämtlicher Psychosen eine zeitlang für jüdischen Kantor, der zum Singen, Vorbeten und zur Gottesdienst-Veranstaltung verpflichtet ist. — Öfter vollführt er irgendeinen Dienst und bittet dafür um Belohnung. Z. B. 1. XII. 1927. »Herr Doktor, sie haben einen prächtigen Anzug — spricht er den Arzt an —. Schade, daß er nicht gebügelt ist, darf ich bitten, ich werde ihn bügeln und werde Sie zugleich massieren.« Da fängt er an, mit bizarren Bewegungen das Jaquett des Arztes zu streicheln und zu betasten. Am Ende reicht er seine Hand maniriert und sagt: »Als eine bescheidene Belohnung meiner bescheidenen Arbeit, dürfte ich untertänigst um eine Zigarette bitten?« 2. I. 1929. Morgens bei der Visite bittet er um Erlaubnis, einen »Chanson« vortragen zu dürfen. Er singt ein deutsches Lied, begleitet seinen Gesang mit Mimik und Gesten und sagt am Ende: »Bitte schön um eine dürre Zigarette.« — Trägt ein andersmal aus demselben Zweck ungarische Volkslieder vor oder erzählt Anekdoten. — Wir konnten oftmals beobachten, daß der Kranke seine Verpflegung in der Klinik symbolisch bezahlt. So z. B. am 1. IV. 1903 reicht der Patient dem Arzte bei der Visite einen Zitronenkern über; 16. V. 1908. Wenn wir ihm eine Zigarette schenken, reicht er tauschweise ein Stückchen Holz oder Papier oder ein verbranntes Zündholz. Es kommt später öfter vor, daß Patient seine Speisen mit einem Papierstückchen bezahlt, und wenn der Wärter es nicht annehmen will, dann die Nahrungsaufnahme verweigert. Steht oftmals bewegungslos längere Zeit hindurch in katatoner Pose mit einem Brotkrümel oder einem Obstkern eventuell einem Baumblatte auf seiner ausgestreckten Hand. — Wir möchten noch auf die Worte des Patienten vom 29. XII. 1913 hinweisen: »Da ich mich in der B (unruhige

Abteilung) immer besser und verjüngt fühle, will ich nicht lange dort bleiben, weil ich dann sehr viel schuldig sein würde und bitte um die Verlegung in die A (ruhige Abteilung). Wenn ich in die B gehe, fühle ich einen Zwang zu spucken, ich bezahle damit etwa die Taxe meiner Stelle und ich beuge mich bei der Türe.« — Wir möchten noch einmal betonen, daß alle diese Kompensationen ausschließlich während der psychotischen Zustände des Patienten vorkommen. In dieser Zeit ist es nicht möglich, den Kranken in seinem Sprechen, Singen oder Handeln zu unterbrechen, oder mit ihm in Kontakt zu kommen, er zeigt aber öfter spontan Sperrungen, Schizen, fixiert so die spontan aufgenommenen, wie auch die passiv gegebenen Lagen längere Zeit hindurch, beginnt nach der Sperrung häufig mit irgendeiner ganz inadäquaten, mit den vorherigen unzusammenhängenden Handlungen bzw. Reden an.

Obgleich die schizophrenen Symptombilder sich im allgemeinen bei klarem, ungestörtem Bewußtsein abspielen, kommen bekanntlich innerhalb der Schizophrenie Dämmerzustände vor. *Bleuler* charakterisiert diese folgenderweise: »Die Sinnesreize werden zu einem großen Teil (niemals alle!) gar nicht erfaßt oder dann illusionistisch umgedeutet; dafür schafft sich die Psyche von Innen heraus eine eigene Welt, die nach Außen verlegt wird«; weiterhin: »Die Dämmerzustände sind, wie bei der Hysterie, Wachträume, die Wünsche oder Befürchtungen direkt oder in symbolischer Weise als erfüllt darstellen.« Derselbe Autor: »Die doppelte Registrierung der äußeren Vorkommnisse ist auch in hochgradigen Fällen die Regel.« Nach *Mayer-Groß:* »Das objektive Verhalten dieser Kranken in den traumähnlichen Zuständen entspricht teils einem Stupor, teils befinden sie sich in schwerster psychomotorischer Erregung. Für Momente sind sie herauszureißen, erweisen sich dann meist als desorientiert, schwerbesinnlich und kaum fixierbar. Trotzdem ist die Erinnerung an das Erlebte, abgesehen von kurzen Lücken allerschwerster Verwirrtheit, ganz ausgezeichnet erhalten. Als Vorboten der Psychose fanden sich fast stets Störungen der Schlaf-Wach-Regulation.« Der Fall *Rychlinskis*, der auch von *Mayer-Groß* in seiner Arbeit über die oneiroide Erlebnisform mitgeteilt wurde, entspricht vollkommen diesen Forderungen; es kamen aber in diesem Falle keine katatonen Erscheinungen zur Beobachtung. Was unserem Falle ein besonderes Interesse gibt, ist die übergroße Anzahl der Verwirrtheitszustände, das klassische, reine Erscheinen der oneiroiden Erlebnisform (Periodizität, einleitende vaso-vegetative Störungen, Bewußtseinstrübung, die illusionistische Umwertung der Umgebung; die Entwicklung einer katathymen, autistischen Wahnwelt, doppelte Buchführung, beibehaltene Erinnerung), außerdem Halluzinationen und katatone Symptome und das Fehlen der spezifischen schizophrenen Demenz.

Worin können wir in unserem Falle die Ursache der Periodizität auffinden?

Wernicke und *Kraepelin* beobachteten das Vorkommen der periodischen Schizophrenie meistens bei weiblichen Patienten und deuteten auf den Zusammenhang der Perioden und der Menstruation hin. Die Möglichkeit einer solchen Überlegung fällt natürlich bei männlichen Kranken vollkommen weg, weil der Nachweis einer Periodizität in der Funktion der männlichen Geschlechtsdrüsen bisher keineswegs gelang.

Die anderen zwei Ursachen, die zur Erklärung der Periodizität öfter herangezogen werden, sind die Epilepsie und die zykloide Legierung. Wir wollen nur kurz erwähnen, daß beim Patienten teils keine epileptische Belastung nachzuweisen war, teils auf die Epilepsie hinweisende oder verdächtige Angaben weder anamnestisch, noch während des 41 Jahre dauernden Krankheitsverlaufs in Erscheinung traten, wir können sogar den eventuellen epileptischen Ursprung der Dämmerzustände wegen der guten Rückerinnerung an dieselben mit voller Sicherheit ausschließen.

Fassen wir es endlich ins Auge, wie es in unserem Falle mit der »zykloiden Legierung« steht. Betreffs seiner somatischen Konstitution ist Patient asthenisch-pyknisch legiert, wir können aber bei der Entstehung der Mischpsychosen allein der Konstitutionslegierung keine Bedeutung beimessen. Unsere Meinung stimmt in dieser Hinsicht mit der von *Wilmanns*, *Ewald* und *Mayer-Groß* überein, d. h. wir halten die Möglichkeit einer eventuellen Kombination des manisch-depressiven Irreseins und der Schizophrenie nur in solchen Fällen als zulässig, bei welchen in der Aszendenz eine familiäre Belastung dieser zwei Richtungen ohne Zweifel nachzuweisen ist.

Patient ist betreffs seines Charakters ein hyperästhetischer Schizoider mit einigen hysterischen Zügen. In der Aszendenz keine Belastung bekannt. Bruder, Lazarus Gold..., stand in 1894 in Anstaltsbehandlung. Nach den Angaben seiner heute noch lebenden Verwandten sprach er auch nach der Entlassung oftmals verwirrt, war ein Sonderling, führte ein verschlossenes, einsames Leben, war interesselos, fürs reale Leben unfähig, war pekuniär an seine Verwandten angewiesen. Schwere psychotische Symptome traten später nicht mehr auf, Patient bedarf keiner weiteren Anstaltsbehandlung. — Eine Nichte väterlicherseits litt an einer periodischen Schizophrenie mit katatonen Anfällen, katatonen Erregungs- und stuporösen Zuständen. Ein Neffe mütterlicherseits starb an Tabo-Paralyse. Es ist also beim Patienten nur eine ausgesprochene schizophrene Seitenlinienbelastung vorhanden. Eine manisch-depressive Belastung ist bei ihm in keiner Form nachzuweisen.

Unser Fall ist im wesentlichen eine kasuistische Mitteilung

und wir können darauf an dieser Stelle nicht eingehen, die im Zusammenhang mit unserem Falle auftauchenden und noch keineswegs geklärten Fragen der Literatur zu besprechen. Wir wollen uns daher auch nicht mit der schwer zu übersehenden Literatur der schizophrenen Prozeßsymptome beschäftigen. Zweifellos zeigt das Krankheitsbild im Laufe der Jahre eine wesentliche Änderung. Anfänglich kamen die Schübe seltener vor, so von 1892 bis 1903, in 11 Jahren erreichte ihre Zahl 14, von 1903 an beträgt die Zahl der Verwirrtheitszustände jährlich durchschnittlich 6—7. Daneben lassen die während der ersteren Schübe dominierenden elementaren, dranghaften Erregungssymptome, sowie die raptusartigen Handlungen und kataleptischen Erscheinungen nach 1903 allmählich nach, gleichzeitig bekommt das Krankheitsbild eine dreifache Gliederung. Die früher nur vereinzelt vorkommenden oneiroiden Zustandsbilder treten regelmäßig in Erscheinung, drängen sich in den Vordergrund der Schübe und wir haben nach den mitgeteilten Beispielen kein Recht mehr dazu, in dem ursächlichen und inhaltlichen Zusammenhange dieser Verwirrtheitszustände mit gewissen auslösenden psychischen Traumen zu zweifeln. Zurzeit sind beim Patienten leichte Defektsymptome nachzuweisen (s. oben). Infolge all dieser Tatsachen müssen wir unseren Fall folgendermaßen auffassen: Es trat beim Patienten im 1892 eine aktive Prozeßschizophrenie in Erscheinung, die allmählich in eine inaktive Prozeßschizophrenie, später in einen leichten, postprozessualen Defektzustand überging. Letzteren kompensiert Pat. mit der narzistischen Erhebung der eigenen Person. Psychische Traumen, die die Komponenten dieser narzistischen Kompensation gefährden, führen mit der Umstürzung dieses Kompensationsmechanismus zum Auftreten eines reaktiven schizophrenen Bildes, in welches sich symptomatisch, entsprechend dem mit katathymen Mechanismen arbeitenden Charakter des Patienten, psychogene Dämmerzustände mit autistischen Wunscherfüllungen einfügen.

Unser Fall unterstützt jedenfalls die von der eventuellen psychischen Auslösbarkeit eines schizophrenen Schubes aufgestellte theoretische Vorstellung von *Mayer-Groß*. Wir können in diesem Falle das Vasomotorium für dasjenige somatische Zwischenglied betrachten, dessen Beeinflußbarkeit teils von affektiver Seite sicher steht und welches andererseits die pathologischen psychischen Mechanismen in Funktion zu setzen imstande ist.

Literatur.

1. *Bleuler, E.:* Dementia praecox. Handb. d. Psychiatrie *v. Aschaffenburg.* Leipzig u. Wien. F. Deuticke. 1911. — 2. *Ewald, G.:* Mtschr. Psychiatr. LV. (1924). — 3. *Gruhle, H. W.* u. *J. Berze:* Psychologie d. Schizophrenie. Berlin. J. Springer. 1929. — 4. *Hauptmann, A.:* Arch. f. Psych. u. Neur. 71. (1924.) — 5. *Homburger, A.:* Handb. d. Geisteskrankheiten v. *O. Bumke.* Bd. 5. Berlin. J. Springer. 1932. — 6. *Kraepelin, E.:* Psychiatrie Bd. III. Teil II. Leipzig. J. Ambrosius Barth. 1913. — 7. *Lange, J.:* Z. Neur. 80. (1922.) — 8. *Mayer-Groß, W.:* Selbstschilderungen d. Verwirrtheit. Berlin. J. Springer. 1924. — 9. *Mayer-Groß, W.*, Handbuch d. Geisteskrankheiten v. *O. Bumke.* Bd. 5. Berlin. J. Springer. 1932. — 10. *Moravcsik, E.:* Orvosi Hetilap. 1905. Nr. 27. (Ungarisch.) — 11. *Moravcsik, E.:* Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 64. (1907.) — 12. *Näcke, P.:* Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 28. (1896.) — 13. *Pohlisch, K.:* Der hyperkinetische Symptomenkomplex usw. Berlin. S. Karger. 1925. — 14. *Rychlinski, K.:* Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 28. (1896.) — 15. *Schröder, P.:* Mtschr. Psychiatr. XLIV. (1918.) — 16. *Schüle, H.:* Klinische Psychiatrie. Leipzig, Vogel. 1886. — 17. *Schwarz, H.:* Mtschr. Psychiatr. LIX. (1925.) — 18. *Wernicke, C.:* Grundriß d. Psychiatrie. Leipzig. Thieme. 1900. — 19. *Wilmanns, K.:* Z. Neur. 78. (1922.)

Die Psychiatrie Albert Zellers[1]).

Von

Medizinalrat Dr. **Buder**, Winnental (Württemberg).

Wenn ich für die heutige Versammlung einen Vortrag über die Psychiatrie *Albert Zeller*s angekündigt habe, so geschah dies aus zwei Gründen. Goethe hat einmal gesagt, man soll aus der Geschichte lernen. Das gilt ganz gewiß auch für die Psychiatrie, ist doch ihre Geschichte aufs engste mit dem Kultur- und Geistesleben einer Zeit verknüpft. Sodann sehen wir, wenn wir in der Geschichte der Psychiatrie blättern, nicht bloß, welche Fortschritte die wissenschaftliche Psychiatrie und die praktische Irrenfürsorge gemacht haben, sondern wir werden auch bescheiden erkennen, daß auch unsere Vorfahren in der Psychiatrie etwas verstanden haben und daß sie manchen Gedanken und manche Methoden gekannt, zum mindesten geahnt haben, die uns heute als neu und modern angepriesen werden. Der zweite Grund, der mich zu dem heutigen Vortrag bestimmt hat, ist ein mehr persönlicher: Sie mögen es einem gewissen Lokalpatriotismus zugute halten, wenn ich Ihnen über die psychiatrischen Anschauungen *Albert Zeller*s berichte, eines Mannes, der von der Errichtung der Heilanstalt Winnental ab 44 Jahre lang als ihr Leiter gewirkt hat; die Heilanstalt Winnental aber schickt sich an, im März 1934 die Feier ihres hundertjährigen Bestehens zu begehen. Wenn man die Geschichte der Heilanstalt Winnental von ihren ersten Anfängen an verfolgt, so kann man immer und überall feststellen, wie *Zeller* der Anstalt den Stempel seiner Persönlichkeit aufgedrückt und mit einem Geist erfüllt hat, von dem, wie ich hoffe, auch heute noch ein Hauch in Winnental zu spüren ist.

Ehe ich auf die psychiatrischen Anschauungen *Zeller*s näher eingehe, will ich Ihnen, des besseren Verständnisses wegen, an der Hand einer Darstellung, die ein Enkel *Albert Zeller*s, Dr. *Hermann Zeller* in Cannstatt gegeben hat, in Kürze das Leben und die Persönlichkeit *Zeller*s schildern:

---

[1]) Nach einem Vortrag gehalten am 16. Dezember 1933 in dem Verein der Ärzte für Geistes- und Nervenkranke in Württemberg.

Ernst Albert Zeller ist am 6. November 1804 in Heilbronn als Sohn des württembergischen Oberamtmannes Zeller und dessen Ehefrau Johanna Regine geb. Andreä geboren. Beide Familien haben im Lauf mehrerer Jahrhunderte dem württembergischen Staat manchen tüchtigen Beamten, bedeutende Gelehrte und Geistliche geschenkt. Der Vater *Zellers* war ein hervorragender Advokat, pflichttreuer Beamter und leidenschaftlicher Politiker. Die Mutter war eine ausgezeichnete Frau, reich an Herz und Verstand, deren tiefen Einfluß auf den Sohn dieser selbst immer anerkannt hat. Ihr Vater und Großvater waren Ärzte gewesen, wie auch *Zellers* Großvater väterlicherseits. »Seit meiner frühesten Jugend« — so heißt es in *Zellers* Tagebuch — »hatte ich den unwiderstehlichen Trieb, Arzt zu werden, solange ich mir denken kann«. Neben einer entschiedenen Neigung zu den exakten Naturwissenschaften ging bei *Zeller* aber auch ein ausgesprochenen Zug zum Mystizismus einher: »Ist jemand zum Mystizismus geneigt« — so schreibt einmal der zwanzigjährige *Zeller* — »so bin ich es. Wie viele Mühe es mich kostet, mich loszureißen von solchen Vorurteilen, so muß es doch sein, wenn der Friede nicht zum Phlegma werden soll. Wie lange hat es nur gedauert, bis ich mich von Ahnungen und Sympathien durch Aufklärung und Nüchternheit losgeschält habe, und auch jetzt noch wollen oft solche Schattengestalten mir vor die Wahrheit treten«. In Tübingen trieb er neben Medizin und Naturwissenschaften auch geschichtliche und ästhetische Studien. Im Jahre 1826 beendete er sein Universitätsstudium und erlangte die Doktorwürde mit einer »Untersuchung über die Einwirkung verschiedener Stoffe des organischen und anorganischen Reichs auf das Leben der Pflanzen«. Später ließ er sich als praktischer Arzt in Stuttgart nieder; als er zum Direktor der neu zu errichtenden Heilanstalt Winnental ausersehen war, gab er seine Praxis auf und trat eine Studienreise an, die ihn durch die bekannten Irrenanstalten Deutschlands, Englands und Frankreichs führte. Am längsten verweilte er in Siegburg, wo er sich in warmer Verehrung an *Jacobi* anschloß. Nach Beendigung seiner Reise ist *Zeller* am 3. August 1833 mit seiner Familie in Winnental eingezogen; so konnte er die Vollendung der neuen Anstalt selber leiten und beaufsichtigen. Bis zu seinem, am 24. Dezember 1877 erfolgten Tode ist *Zeller* in Winnental geblieben, trotz wiederholter ehrenvoller Berufungen nach auswärts.

Schon früh ist *Zeller* mit der Psychiatrie in Berührung gekommen; war doch der Vater seiner Mutter geisteskrank gestorben; die Schilderungen, die die Mutter dem Sohn von dem Leiden ihres geisteskranken Vaters gegeben hatte, hatten den tiefsten Eindruck auf ihn gemacht und ihn mit warmem Mit-

gefühl für diese Unglücklichen erfüllt. Auf der Universität hatte das Schicksal des geisteskranken Dichters Hölderlin sein Interesse an psychiatrischen Fragen genährt. Verstärkt wurde dieser Eindruck durch einen Besuch der Irrenanstalt Sonnenstein bei Pirna im Jahre 1825.

Schon ehe sich *Zeller*, gewissermaßen von Amts wegen, mit der Psychiatrie zu befassen hatte, hat er für die Fragen und Probleme, die zu seiner Zeit die psychiatrische Forschung bewegten, großes Interesse gezeigt; er blieb nicht an der Oberfläche hängen, sondern suchte den Fragen, die es zu lösen galt, auf den Grund zu gehen. Im Jahre 1830 veröffentlichte *Zeller* eine Schrift »das verschleierte Bild von Sais oder die Wunder des Magnetismus von einem Freund der Wahrheit«. Es war in der Zeit, da eine romantische Naturphilosophie das Seelenleben mit Magnetismus und Mesmerismus auf magische Weise ergründen zu können glaubte. Der Hauptvertreter dieser Richtung, der bekannte Arzt und Dichter *Justinus Kerner* in Weinsberg, hatte in seiner »Seherin von Prevorst« geglaubt, Beobachtungen gemacht zu haben, die seine magischen Anschauungen zu beweisen schienen. *Zeller* aber wies in der oben genannten Schrift mit zwingender Logik darauf hin, daß diese Beobachtungen sich auf eine Geisteskranke (wir würden heute sagen auf eine Hysterika) beziehen, und daß die mit der Kranken angestellten Experimente zu den Auslegungen, die *Kerner* ihnen gab, nicht berechtigen.

Die ersten psychiatrischen Schriften, die *Zeller* studierte, waren die *Heinroth*s; später gewannen dann die Anschauungen *Jacobis* beherrschenden Einfluß auf ihn. *Zeller* war dadurch mitten hineingestellt in den Kampf der Psychiker und Somatiker, der in jener Zeit die Irrenärzte bewegte. Es wird notwendig sein, die Anschauungen dieser beiden Männer etwas näher zu betrachten, wenn man die psychiatrischen Anschauungen *Zeller*s richtig verstehen will.

Heinroth gilt neben *Ideler*, der die Geisteskrankheiten mit gewucherten Leidenschaften in Zusammenhang brachte, als der Hauptvertreter der Psychiker. Ihm galten Freiheit und Unfreiheit als die allgemeinen Grundlagen für die Auffassung von geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit. Sünde und Schuld sind maßgebend für die Entstehung von Seelenstörungen; in der Unfreiheit liegt das Wesen der Geisteskrankheit. Die Freiheit wird aufgehoben durch religiös-ethische Momente. Auch die körperlichen Störungen, die *Heinroth* nicht übersah, werden mit Lasterhaftigkeit, Verkehrtheit u. dgl. im Zusammenhang gebracht. Schon das bloße Fort- und Dahinleben, unbekümmert um das, was not tut und das Herz festmacht, genüge zur Entstehung von Seelenstörungen. Wenn dann eine äußere Veranlassung dazukommt

(Schreck, Angst, Kummer) und eine Seelenstörung entsteht, dann ist dies für *Heinroth* ein sicherer Beweis, daß dergleichen Menschen schon früher nicht seelengesund und moralisch verwildert waren. Die Therapie, die *Heinroth* empfahl, bestand in allerhand Mittel der Beschränkung und Gewalt, um den aus Ordnung und Form gekommenen Menschen zur Vernunft zu bringen; auch die Prophylaxe war ethisch gerichtet: von der moralischen Seite aus ergab sich für *Heinroth* die Möglichkeit einer Ausrottung der Seelenstörungen.

An Stelle dieser ethisch-religiösen, theologisierenden Richtung setzten die Somatiker, die freilich auch nicht ganz frei von spekulativen Elementen waren, die Lehre von der körperlichen Bedingtheit der Geistesstörungen. Sie kehrten damit zurück zur alten hippokratischen Lehre, die besagt, daß das Gehirn Sitz und Ausgangspunkt des geistigen Lebens sei, und daß die Seelenstörungen lediglich als Wirkungen von körperlichen Erkrankungen zu betrachten seien. Als Hauptvertreter der Somatiker hat neben *Nasse* und *Friedreich Jacobi* zu gelten: nach ihm sind alle möglichen Krankheiten, nicht bloß des Gehirns, die Grundstörungen; die Geistesstörungen sind nichts anderes als psychischer Ausdruck der mannigfaltigsten körperlichen Leiden, die bisweilen im Gehirn, aber auch irgendwo anders im Körper, in der Leber, der Lunge, im Darm sitzen. So sind diese psychischen Sondersymptome nichts anderes als mit Irresein verbundene Krankheiten. Dementsprechend war auch die Theorie *Jacobi*s eine körperliche.

Der Streit beider Richtungen hatte insofern sein Gutes, als er zu einer besseren Beobachtung der Kranken führte und so für die Entwicklung der Psychiatrie sehr fördernd war. Der Streit ist auch heute noch nicht zu Ende; schließlich spitzt er sich zu zu der Frage nach der Wechselbeziehung zwischen Körper und Geist. Wir sind, auch heute noch, das werden wir zugeben müssen, über das Wesen der seelischen Vorgänge ebenso wenig unterrichtet, wie über die Ursache des Lebens. Und vielleicht hat *Liebig* Recht, wenn er vor den Bestrebungen, die Beziehungen der Psyche zum animalischen Leben in den Kreis wissenschaftlicher Erörterungen zu ziehen, warnt, weil diese Frage für den menschlichen Geist auf ewig verschlossen sei.

Wir werden nachher sehen, daß *Zeller* stark unter dem Einfluß von *Jacobi* stand, nicht bloß infolge seiner Schriften, sondern vielleicht mehr noch durch den persönlichen und schriftlichen Verkehr, der zu einer innigen Freundschaft beider Männer geführt hat. Aber auch die Auffassung *Heinroth*s ist nicht spurlos an *Zeller* vorübergegangen, was uns nicht weiter wundernehmen darf, wenn wir uns erinnern, daß *Zeller* nach seinem eigenen

Zeugnis zeitlebens einen Hang zum Mystizismus zu bekämpfen hatte, und daß er eine tief religiöse Natur war.

Wissenschaftliche Abhandlungen hat *Zeller* nur wenige veröffentlicht; außer dem schon genannten Jugendwerk ein Vorwort und Zusätze zu der Verdeutschung von Guislains »Abhandlungen über die Phrenopathien« durch *Wunderlich*, zwei Artikel in der allgemeinen Enzyklopädie der Wissenschaften und Künste über »Irre, Irren, Irrereden und Irrehandeln« und über »Irrenanstalten und Irrenhäuser«. Seine psychiatrischen Anschauungen hat *Zeller* niedergelegt in der von ihm im Medizinischen Korrespondenzblatt des württembergischen ärztlichen Vereins veröffentlichten »Berichten über die Wirksamkeit der Heilanstalt Winnental«. Diese Berichte, die sich auf die Jahre 1834 bis 1854 erstrecken, sind im wesentlichen der folgenden Darstellung zugrunde gelegt.

Die Anschauungen, auf der Zeller seine Psychiatrie gegründet hat, hat er einmal folgendermaßen zusammengefaßt:

»Die rechte psychiatrische Wissenschaft wird sich in gleicher Weise in der individuellsten Leitung der geistigen, sowie in der individuellsten Herstellung der physikalischen Norm des Seelenorgans zeigen und allseitig die lebendige Wechsel- und Ineinanderwirkung beider ins Auge fassen. Jede Psychiatrie ist unwahr und lückenhaft, geist- und seelenlos, die aus der Menschennatur Geist und Gemüth, diese höchsten und im Materiellen mit keiner anderen Kraft und Erscheinung vergleichbaren Faktoren ausschließt, so gewiß die, welche den größeren spontanen und physikalischen Anteil des Gehirnes an den geistigen Prozessen oder die große sensorielle und ökonomische Bedeutung des übrigen Organismus für die Energie des Seelenlebens übersieht.« Und ein andermal schreibt Zeller: »Was Gott zusammengefügt hat, soll der Mensch nicht scheiden; nirgends aber wurde dieser köstlichen und ewigen Lehre mehr widersprochen, als in der Psychiatrie, und Leib und Seele werden voneinander geschieden, wie wenn sie kaum durch ein Gelenk miteinander verbunden wären, wie wenn sie nicht durch einen ewigen Ratschluß in die eine unzertrennliche Einheit der Menschennatur und Persönlichkeit verschlungen wären, wenn gleich der Dualismus von Kraft und Werkzeug, von Geist und Leben in ihr bis zum Tode nicht endet, ja eben innerstes Wesen und Seyn offenbart. Allein die Erfassung der ganzen leiblichen und geistigen Persönlichkeit eines Kranken in ihrem Kern, wie in ihrer Peripherie, kann zum Ziele führen; alle Trennungen und Scheidungen des leiblichen und geistigen Menschen führen zur Unnatur.«

Die Seelenstörungen sind nach *Zeller* Krankheiten und beruhen auf körperlichen Störungen; der ganze leibliche Organismus ist im weitesten Sinne Seelenorgan. Für einen hochwichtigen Gegenstand in der Kette der pathologischen Erscheinungen hält *Zeller* die mangelhafte Beschaffenheit der Säfte und ihren unregelmäßigen Umlauf, überhaupt die ganze Physik und Chemie des animalischen Haushalts.

In seiner Ansicht findet nun aber *Zeller* nicht die mindeste Ursache zum Materialismus, »weil wir schon im Leben selbst eine geistige Offenbarung sehen und in der Leiblichkeit das Erzeugnis und das vom Leben selbst geschaffene Werkzeug seiner Zwecke, nicht aber den eigentlichen Ausgangspunkt; in der höchsten Offenbarung des Lebens aber den letzten Endzweck desselben und somit in der seelischen Tätigkeit nur die letzte Vorbedingung der freien geistigen Entwicklung für die höchsten sittlichen und intellektuellen Aufgaben des Menschen«.

Die Einteilung der Geisteskrankheiten ergibt nach *Zeller* vier Grundformen oder Stadien des Irreseins:

1. Die Schwermut, Melancholie. Sie ist die eigentliche Grundform und das erste Stadium aller nur halbwegs sich merkbar entwickelnden und nicht ganz in ihrer Ausbildung überstürzten Seelenstörungen. Sie kann, aber sie muß nicht in andere Seelenstörungen übergehen und hat ihr Entwicklungs- und Ablaufgesetz in sich selbst.

2. Im Gegensatz hierzu finden wir in der zweiten Hauptform, der Tollheit, Tobsucht, Manie das Selbstgefühl aufs höchste gesteigert. Zwei Arten unterscheidet *Zeller:* Die sogenannte wilde, rasende, und die übermütige, lustige, die eigentliche Manie oder Moria. Die Manie hat in der Regel die Melancholie zur Vorgängerin; *Zeller* kannte also die innige Verwandtschaft zwischen Manie und Melancholie, wenn ihm auch die tieferen Zusammenhänge noch verschlossen waren; die Prognose der Tollheit ist gut, sofern sie ihren eigenen Charakter nicht verloren hat, namentlich noch keine Spur des Blödsinns sich eingefunden hat, und keine unheilbaren Veränderungen im Gehirn und Rückenmark oder in den einzelnen Gebieten des bildenden Lebens sich festsetzten. Wir denken hier unter anderem auch an die progressive Paralyse, deren Symptome *Zeller* schildert, die er aber nicht als selbständige Krankheit kennt.

3. Die Verrücktheit, partieller Wahnsinn, Paranoia. Sie tritt fast nie als primäre Form auf, es sei denn, daß sie auf dem Wege der Eifersucht, Prozeßsucht und von für wahr gehaltenen einzelnen Sinnestäuschungen entsteht. Sie schließt sich in der Regel an an eine Manie oder Melancholie. Diese treten zurück, es kommt nicht zu einer vollständigen Genesung; der Kranke ist aus dem Sturm der Seelenstörung als eine andere Persönlichkeit hervorgegangen; es sind nicht bloß einzelne fixe Ideen, in denen sich die Verrücktheit äußert, sondern eine durchgängige Schiefheit der Vorstellungs- und Empfindungsweise, die nur an einzelnen Punkten hervortritt und den Irrtum zum Wahn stempelt. Der Umstand, daß bei der Verrücktheit die leiblichen Bedingungen der Seelenstörung so ganz auffallend zurücktreten, und auf der anderen Seite die sittliche und intellektuelle Persönlichkeit der Menschen so tief alteriert erscheine, habe viel dazu beigetragen, die organische Basis aller Seelenstörungen zu verkennen und im Gebiete der Sünde und Torheit allein die Quelle und das Wesen der Geisteskranken zu suchen, während die Entstehungsweise dieser Form des Irreseins, das deutliche Vorhergehen von leiblichen Krankheiten, sowie die jeweiligen typischen und atypischen Verschlimmerungen, die von mehr oder weniger erkennbaren leiblichen

Störungen begleitet seien, sowie die Unmöglichkeit, das Irrtümliche des Wahnes länger als höchstens auf Augenblicke einzusehen, ihren somatischen Ursprung und das leibliche Bedingtsein ihres Fortbestehens beurkunden. Die Verrücktheit ist diejenige Form des Irreseins, welche am wenigsten Hoffnung auf radikale Heilung bietet. Gewiß sei aber auch — hier glaubt man *Heinroths* Einfluß zu spüren — daß die Verrücktheit nicht ganz selten nur das letzte Stadium einer früheren sittlichen Verkehrtheit bilde; nach Wiederkehr aller früheren intellektuellen Fähigkeiten und Kenntnisse sei eine bleibende Veränderung des Charakters und Temperamentes zu beobachten, in der sich eine Verschrobenheit und Verkehrtheit der ganzen Lebensansicht, ein gänzliches Zerfallensein mit Gott und aller Welt aussprechen, was zunächst allein unter einen sittlichen Gesichtspunkt zu fallen scheine, aber doch im Grundwesen und der Hauptsache nach als eine krankhafte Unvernunft betrachtet werden müsse.

4. Der Blödsinn, Dementia, Imbecillitas, d. i. die bis zur Unvernunft gehende Geistesschwäche, in welche unmittelbar oder mittelbar alle anderen Formen endigen können. Die Prognose ist traurig. Nur zwei Arten haben nach *Zeller* eine gute Prognose: Die aus bloßer Erschöpfung, ohne organische oder dynamische Zerrüttung entstandene und die andere, bei der die Lebensquellen nur gleichsam verschüttet seien, z. B. durch mechanischen Hirndruck infolge einer Schädeldepression.

Zeller verkennt keineswegs die Mängel, die allen solchen Einteilungen anhaften; er ist weit entfernt, diesen Versuch für den vorzugsweise wahren und richtigen zu halten, aber er sei doch wenigstens klar und verständlich und mache einer babylonischen Sprachverwirrung auf diesem Gebiet ein Ende; sie biete mehr als andere Einteilungen die meisten genetischen, diagnostischen und prognostischen Momente dar, und könne so die Entwicklungsgeschichte der meisten Seelenstörungen am anschaulichsten aufzeigen.

Die wesentliche Bedeutung dieser Einteilung liegt darin, daß *Zeller* eine Einheitspsychose annimmt; er sieht nicht mehr bloße Zustandsbilder, sondern den Verlauf und die Entwicklung der einzelnen Krankheiten. *Guislain*, dessen Schriften *Zeller* gekannt hat, vertrat eine ähnliche Anschauung. *Zeller* ging aber insofern über *Guislain* hinaus, als er die vier Grundformen als Zustandsbilder eines Krankheitsprozesses ansah.

Die Einheitspsychose konnte freilich so, wie sie *Zeller* aufstellte, nicht genügen; sie war zu einfach gesehen, sie übersah neben den symptomatischen Krankheitsbildern andere Gesichtspunkte, die uns heute klinisch-psychiatrische Krankheits-Einheiten erkennen lassen. Es ist hier nicht der Ort, auf die Entwicklung der Psychiatrie näher einzugehen. Es waren *Hecker* und *Kahlbaum*, im wesentlichen aber *Kräpelin*, der uns eine Reihe gut abgegrenzter Krankheitseinheiten aufwies. Freilich, so ganz kann uns heutzutage auch die *Kräpelin*sche Einteilung nicht mehr befriedigen.

Was die Ursachen der Geisteskrankheiten anbelangt, so findet *Zeller* diese in einem Komplex von Einwirkungen, Verhältnissen und Zuständen; die letzte Ursache entziehe sich oft dem Beobachter. Die Ursachen können sowohl leiblicher wie geistiger Natur sein. Man fühle sich zu einer allseitigen und möglichst genauen, individuellen pathologischen Forschung gedrängt, wenn man nicht gewaltsam seine Augen für die Wahrheit verschließen wolle. Nicht bloß im Gehirn und Rückenmark könne die ganze Pathologie der Seelenstörungen gefaßt werden; diese Zentren litten ebenso oft von der Peripherie her wie umgekehrt; auch die vegetative Seite spiele eine große Rolle: Schwächung durch Säfteverlust und durch Kräfteverlust, mangelhafte Ernährung, fehlerhafter Blutumlauf geben die Hauptveranlassung zu Seelenstörungen; und unter besonders ungünstiger Zusammenwirkung von Umständen könne jede leibliche Krankheit zum Mittel für die Entstehung einer Seelenstörung werden, vorzüglich durch erbliche Anlage. Nirgends sind, wie *Zeller* meint, die Ursachen so individuell wie bei den Seelenstörungen. In der Regel können nur bei einer bestimmten vorausgegebenen angeborenen oder erworbenen Empfänglichkeit die gewöhnlichen Schädlichkeiten Seelenstörungen erzeugen, dagegen könnten durchaus keine besonderen, nur dem Irresein eigentümlichen Ursachen genannt werden.

Der Versuch, durch Sektionen darüber Klarheit zu erhalten, mußte mißlingen; abgesehen davon, daß die heutigen Untersuchungsmethoden nicht zur Verfügung standen, kannte man damals nicht einmal die wahre Bedeutung der grauen und weißen Substanz des Gehirns, geschweige denn die der einzelnen kleinen und großen Glieder, Fasergruppen und Faserzügen des Gehirns.

Was *Zeller* über die Prognose sagt, mag im wesentlichen auch heute noch gelten: Unendlich schwierig sei eine sichere Bestimmung der Dauer der Krankheit. Im allgemeinen dürfe in allen Fällen eher eine längere als eine kürzere Dauer anzunehmen sein. Nicht die Dauer der Krankheit entscheide über die Heilbarkeit eines Falles, sondern weit mehr die Form der psychischen Störung und der sie begleitende oder bedingende Gesamtzustand des Organismus. Im allgemeinen stehe freilich die Heilbarkeit mit der Kürze der Dauer des Irreseins in geradem Verhältnis, auch die Kurzeit dauere um so kürzer, je kürzer die Seelenstörung bestanden habe. *Zeller* knüpft daran die Mahnung, mit der Verbringung eines Kranken nicht zu warten, bis er »anstaltsreif« sei, sondern sobald als möglich ihn in die Anstalt zu bringen; denn bei den Seelenstörungen gelte es, den Anfängen des Übels zu widerstehen. Die Frage, ob eine Seelenstörung heilbar oder unheilbar sei, sei eine der schwierigsten in der ganzen

Psychiatrie; sie könne aber in den meisten Fällen mit großer Zuverlässigkeit beantwortet werden. Diese Frage war für *Zeller* deshalb von besonders praktischer Bedeutung, weil er den Standpunkt vertrat, daß nur in der absoluten Trennung von Heil- und Pflegeanstalten die vollkommene Lösung der Aufgabe des Staates in seiner Fürsorge für die Geisteskranken zu finden sei, da die verschiedenen Aufgaben beider Anstalten sich nicht in einer Anstalt vereinen lasse. Durch die Trennung der Heilanstalt von der Pflegeanstalt werde auch den Anforderungen der Wissenschaft und des Gewissens mehr Genüge getan, als in der relativen Verbindung derselben, deren Vorteile in ökonomischer, wissenschaftlicher und geschäftlicher Beziehung von *Zeller* nicht in Abrede gestellt werden will. Die Entwicklung des Anstaltswesens ist später einen anderen Weg gegangen, wie ich glaube, nicht zum Nachteil der Psychiatrie und nicht zum Schaden unserer Kranken.

Mit der Frage der Heilbarkeit oder Unheilbarkeit hängt aufs engste zusammen die Frage der rechtzeitigen Entlassung eines Gebesserten oder Genesenen. Auch sie gehört nach *Zeller* zu den schwierigsten in der ganzen Psychiatrie, denn während auf der einen Seite diese Maßregel die höchste Vorsicht gebiete, sowohl um des Kranken als um seiner Verhältnisse willen, müsse auf der anderen Seite ebenso oft der Schritt gewagt werden, wenn nicht allzugroße Vorsicht wieder den ganzen mühseligen Gewinn vernichten solle. Durch das System der Beurlaubung, die freilich auch nicht alle Gefahren bannen könne, sei hierin ein gewisser Schutz gewährt. Schon im Statut für die neuerrichtete Heilanstalt Winnental vom Jahre 1833 finden wir die ersten Anfänge einer Fürsorge für die Entlassenen; dort wird bestimmt, daß vor der definitiven Entfernung eines Verpflegten aus der Anstalt seine Versorger und die betr. medizinisch-polizeilichen Behörden unter Beifügung der etwa für nötig erachteten ärztlichen Ratschläge zu benachrichtigen seien. In erweitertem Maße tut dies unsere Außenfürsorge. Eine Frühentlassung, namentlich von Schizophrenen, die aus ärztlichen Gründen nicht selten angezeigt ist, scheiterte bisher vielfach aus eugenischen Gründen, sofern es sich um Kranke im fortpflanzungsfähigen Alter handelte. Eine Erleichterung in dieser Beziehung erhoffen wir von dem neuen Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das uns die Möglichkeit gibt, solche Kranke vor ihrer Entlassung sterilisieren zu lassen.

Auch über die Frage der Zurechnungsfähigkeit hat sich *Zeller* geäußert. Es ist bekannt, daß sich hier am längsten metaphysische Tendenzen in der Psychiatrie erhalten haben. Der metaphysische Freiheitsbegriff galt als Norm für geistige Gesundheit und geistige Krankheit; und heute noch gilt im § 51 StGB.

die Willensfreiheit als Unterschiedsmerkmal für Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit[2]). *Kant* ging seinerzeit sogar so weit, in gewissen psychiatrisch-forensischen Fragen die Zuweisung der Sachverständigentätigkeit an die philosophische, nicht an die medizinische Fakultät zu verlangen. *Heinroth* war der Ansicht, daß auch geisteskranke Verbrecher trotz der Unfreiheit als unbedingt zurechnungsfähig zu gelten haben; seien sie doch, wenn auch unfreie, so doch schuldige Personen, insofern ihre Geistesstörung das Ergebnis eines willkürlichen Abfalls von Gott sei. *Zeller* schreibt über die Frage der Zurechnungsfähigkeit folgendes: wenn diese Frage an den Gerichtsarzt einen Sinn haben sollte, so schließe sie die Annahme zweier Momente, das der naturgemäßen Gebundenheit des Geistes an eine gesunde Tätigkeit des leiblichen Seelenorgans, und das mit ihr gesetzten Möglichkeit einer freien Willensbestimmung in sich, mit der im normalen Zustand die Tat des Menschen als etwas von ihm Erkanntes und Gewolltes und bei dem Mißbrauch seiner Freiheit als seine eigene Schuld erkannt werde. Die Schwierigkeit sei durch die fortschreitende Wissenschaft unendlich größer geworden, den Tatbestand des psychischen Leidens dem Richter und Laien in scharfen und kennbaren Linien darzulegen. Der Arzt sollte imstande sein, den Bruch oder die Schiefstellungen oder die Auslösung der einzelnen Teile des psychischen Räderwerks ad oculos demonstrieren zu können, und doch kenne er dieses Gebiet in seinem mechanischen Zusammenhang nicht, und wenn er es kennte, vermöchte er es im Lebendigen doch wieder nur an den Wirkungen, d. h. an den gesetzwidrigen, sich selbst und den allgemeinen Denk- und Empfindungsgesetzen widersprechenden Äußerungen und Handlungen des Angeklagten nachzuweisen. Kein Allgemeingut der Ärzte sei diese feine Kenntnis der Seelenstörungen, nicht einmal der Wissenschaft, solange die Medizin so wenig Notiz von der Seele des Menschen nehme, und so lange man es für einen Überfluß halte, auf allen Universitäten auch für die Psychiatrie eigene Lehrstühle zu errichten...

Endlich ist noch über die Behandlung, wie sie *Zeller* angewandt hat, einiges zu sagen. Daß seine theoretischen Anschauungen über das Wesen der Seelenstörungen für die Behandlung maßgebend waren, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden.

Bei der Heilung der Geisteskranken handle es sich vor allem

---

[2]) Der § 51 hat inzwischen in seinem 1. Absatz folgende Fassung erhalten: »Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zurzeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Geistesschwäche unfähig ist, das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.«

um die Entfernung aller der bisher einwirkenden Schädlichkeiten und Hindernisse, die der Heilung auch nach ihrer Entfernung noch im Wege stehen und die Herbeiführung aller derjenigen Bedingungen, die die Genesung begünstigen können, wobei besonders die Erneuerung der beschädigten Organe in einer gesunden Ernährung und die allmähliche Erstarkung durch methodisch steigernde Übung der neu gewonnenen Kräfte nach den Grundsätzen einer die ganze leibliche und geistige Gliederung des Menschen umfassende Orthopädie in Betracht komme. Die bei der Behandlung des Kranken leitenden Grundsätze waren die möglichst genaue Erforschung der Genesis der Krankheit, des Status praesens, und wenn es immer tunlich war, die Zurückführung derselben auf dem mildesten, einfachsten und natürlichsten Weg, wobei immer nach dem einzelnen Fall verfahren wurde. »Man muß lernen, auf den Sinn im Unsinn sich verstehen zu lernen und in ihr innerstes Geistes- und Gemütsleben vorzudringen, sich in ihr gesundes, wie krankes Seyn hineinzufühlen und zu denken. Nur wer ihr Herz gewinnt, kann hoffen, ihren Verstand zu gewinnen: Beispiel, Sitte, Gemeinsamkeit im Gebet, Arbeit, Gesang und Mahl, Lust und Leid sind unsere stillen aber mächtigsten psychischen Helfer.« Die psychische Behandlung bestand daher nicht »in einzelnen witzigen Kunststücken, unfruchtbaren Disputationen, gewaltsamen Erschütterungen der Phantasie und des Gemüths, oder in dem gefährlichen, verwerflichen, im besten Fall verderblichen Versuch, Wahn mit Wahn zu töten oder zu bannen, sondern in der Zauberkraft der Wahrheit, in der vernünftigen Ordnung des Ganzen, dem alle sich fügen müssen, in der Erfassung der ganzen geistigen Persönlichkeit des Kranken, in der Beruhigung oder Belebung des Gemüts, von dessen Zustande die Klarheit der Erkenntnisse so unendlich abhängig erscheint, in der beständigen, ungesuchten, ernsten und liebevollen Erinnerung an ihre eigene Vernunft, in der Erweckung einer wahrhaft sittlichen Freiheit und Selbstbeherrschung, in der Gewöhnung an eine vernünftige Tätigkeit, frei von allen schon in gesunden Tagen eingewurzelten oder erst in kranken aufgestiegenen Leidenschaften, Verstimmungen und Verwirrungen der Seele, indem besonders darin der Nutzen der psychischen Behandlung auf der Hebung des der Seelenstörung zugrunde liegenden leiblichen Leidens zu beruhen scheint, daß ein gesunder, vernünftiger Gebrauch des Seelenorgans am meisten dazu beitragen kann, dieses selbst wieder gesünder zu machen, von den schädlichen Mitwirkungen der übrigen afficierten Systeme und Organe zu befreien und ihr seine höhere Stellung gegen dieses wieder zu sichern.«

Zur psychischen Behandlung gehörte für *Zeller* auch die

Wirksamkeit des Anstaltsgeistlichen, von der er eine mächtige Förderung seiner Heilbestrebungen erwartete. Aber er hielt bei der religiösen Beeinflussung höchste Umsicht und Behutsamkeit für unerläßliche Pflicht, wenn nicht ebenso viel oder noch größerer Schaden als Nutzen durch sie gestiftet werden sollte. »In der Masse unseres Volkes«, lesen wir bei *Zeller*, »liegt ein so tiefer religiöser Sinn, daß ohne Befriedigung dieser Bedürfnisse bei den meisten Kranken aller Glauben und alles Vertrauen in die Anstalt verloren ginge. Man muß den Unglücklichen Hilfe zeigen und nichts kann sie mehr zeigen und geben als die Religion.« *Zeller* selbst war ein tief religiöser Mann; *Kreuser*, einer seiner Nachfolger in Winnental, schreibt von *Zeller*, daß er seine Aufgabe wiederholt als eine seelsorgerische bezeichnet habe, nicht etwa in kirchlich-pastoralem Sinn, sondern ganz wörtlich im Sinne einer zielbewußten Pflege, Förderung und Leitung des geistigen Lebens seiner Schutzbefohlenen; demütigen Sinnes habe er seine Erfolge ausschließlich dem höheren göttlichen Walten zugeschrieben, als dessen bloßes Werkzeug er sich betrachtet habe. *Zellers* tiefe Religiösität hat in seinen Liedern des Leids einen formvollendeten Ausdruck gefunden. —

Neben der psychischen Behandlung legte *Zeller* den größten Wert auf die Behandlung körperlicher Störungen: »Groß ist der Nutzen der aktiven Gymnastik, der körperlichen zweckmäßigen Übung und Arbeit, die Herstellung einer gesunden Ernährung, eines gesunden Stoffwechsels, des freien Blutumlaufs durch entsprechenden Gebrauch der äußeren Glieder und der nötigen Hautkultur.« Dies geschah durch diejenigen Arzneikräfte, die die ganze Ernährung und die Tätigkeit der Ab- und Aussonderungsorgane allmählich, aber sicher und dauerhaft umstimmen und regulieren, durch Brunnen- und Kräutermolkenkuren. Blutentziehungen wurden von *Zeller* mit großer Vorsicht angewandt; eine frühzeitige Blutentziehung wurde gemacht, wo der Tobsucht offenbar eine entzündliche Aufreizung des Gehirns oder irgend eines anderen Organs zugrunde lag; auch die warmen und kalten Begießungen des Kopfes, Sturzbäder und Duschen sollten mit Auswahl angewendet werden. Sehr wertvoll erschien *Zeller* bei aufgeregten Kranken die Anwendung von künstlicher Kälte durch Auflegung von Eis.

Ganz auf Gewalt und Strenge glaubte *Zeller* nicht verzichten zu können: manchmal müsse dadurch der äußere Gehorsam erzwungen werden; die Furcht sei ein nie ganz zu vermeidendes Mittel, aber er fügt auch hinzu, unendlich mehr werde erreicht durch eine wahrhaft verständige und milde Behandlung.

Auch bei den aufgeregtesten Kranken suchte man alles Schmerz- und Angsterregende so sehr als möglich zu vermeiden;

»verbannt waren daher alle jene Qualinstrumente, mit denen man sonst diese Unglücklichen gefoltert hat. In den meisten Fällen genügte die Zwangsjacke, das Zwangshemd und die ledernen wattierten Sprungriemen. Selten findet man sich genötigt, von Zwangsstuhl und Zwangsgürtel Gebrauch zu machen.« Im Lauf der Jahre wurde von den Zwangsstühlen immer weniger Gebrauch gemacht, fast nur noch behufs Ernährung der Kranken im Falle fortgesetzter Nahrungsverweigerung, indem es — so schreibt *Zeller* in seinem Bericht vom Jahre 1873/75 — »der Direktion für ebenso irrationell als inhuman erscheint, den Kranken lieber verhungern zu lassen, als Zwang anzuwenden, wie dies in einer der ersten Anstalten Norddeutschlands vorgekommen ist und dazu noch als die höchste Konsequenz der Zwangslosigkeit gepriesen wurde«.

Vernünftige Tätigkeit war als das wirksamste und allgemeinste Mittel bei der Behandlung der Geisteskranken schon damals erkannt, wie es sich nach tausendfältiger Erfahrung an anderen Orten erprobt habe. Es wäre verlockend, an der Hand einer Beschreibung der Beschäftigungsbehandlung, wie sie sich in *Zeller*s Berichten findet, eine ausführliche Darstellung zu geben. Sie würden daraus erkennen, daß *Zeller* die Grundsätze, die *Simon* u. a. aufgestellt haben, in bezug auf die Beschäftigungsbehandlung schon vorweggenommen hatte: Nur der kleinste Teil der Kranken war unbeschäftigt, und auch bei diesen hat man immer wieder neue Versuche gemacht, wenn nur ein günstiges Moment sich zeigte. Nirgends wurde eine bloß spielende tändelnde Beschäftigung geduldet. Man gestattete den Kranken soweit möglich, eine ziemliche Freiheit in der Wahl der Arbeit, und suchte sie so viel als möglich durch eigene Lust und Liebe bei derselben festzuhalten, wie man in allen Stücken Zwang so sehr als immer tunlich zu vermeiden suchte. Man fing an mit den einfachsten Beschäftigungsarten: Charpiezupfen, Garnwickeln, Nähen, Spinnen u. a.; man gab den Frauen, soweit es tunlich war, gerade das zum Reinigen und Wiederherstellen, was sie selbst beschmutzt und verdorben hatten. Nach und nach gab man ihnen Arbeiten, zu denen mehr Nachdenken gehörte; gebildete Kranke lernten schöne Gedichte auswendig, man gab ihnen moralische und belehrende Lektüre, ließ sie Sprachübungen treiben u. a. m. Bei den Männern waren es vor allem ökonomische Arbeiten, bei guter Witterung besonders die im Garten; aber auch den Männern kam die nötige geistige Beschäftigung zu. Mit dieser ausgedehnten und mannigfaltigen Beschäftigung seiner Kranken hat *Zeller* den Zweck verfolgt, daß die Kranken nicht allein mit ihren früheren Kenntnissen, sondern auch mit weiteren ausgestattet, die Anstalt verlassen können.

Auch der Verkehr der Kranken unter sich gab bei genau

berechneter Einwirkung der verschiedenen Individualitäten ein Haupt-Unterhaltungs- und Beschäftigungsmittel; unbeschreiblich groß sei der Einfluß, den die also geordnete Wirksamkeit der Kranken aufeinander zum Gelingen der Kur ausübe. Die Befürchtung, daß der Gedanke, sich in Gesellschaft von anderen Geisteskranken zu wissen, den Rest der Vernunft notwendig zerstören müsse, sei gänzlich grundlos. Geschicklichkeit und Kenntnisse des Einzelnen suchte man so dienstbar als möglich für das Ganze zu machen. Nur über das Zusammensein der Kranken mit verbrecherischen Geisteskranken klagt *Zeller* mehrmals; nur das gewöhnliche Versunkensein der meisten Kranken in ihren eigenen Vorstellungen und Empfindungen, auf der anderen Seite das Mitgefühl, das bei weniger apathischen Kranken mit ihren Leidensgenossen sich rege, schwäche den peinlichen Eindruck ab, den das Bewußtsein, mit solchen Verbrechern zusammenleben zu müssen, mit sich bringe.

Neben der Beschäftigung gab es auch allerlei Unterhaltungen, Spiele, Zeitungen, musikalische Aufführungen, kleinere und größere Ausflüge in die Umgebung u. a.

Neben der möglichst frühzeitigen Heilung der bereits begonnenen Seelenstörungen erschien *Zeller* ebenso wichtig und immer mehr die Pflicht der Verhütung der Entstehung von Seelenstörungen, die prophylaktische Aufgabe der Psychiatrie. —

Das Bild, das ich von *Albert Zeller*s Psychiatrie zu zeichnen versucht habe, wäre unvollständig, wenn ich nicht noch eines Mannes gedenken würde, durch den die Psychiatrie *Zeller*s von größtem Einfluß auf die Entwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie sowohl wie der praktischen Irrenfürsorge in Deutschland und in anderen Ländern geworden ist: *Wilhelm Griesinger*. Geboren im Jahre 1817 in Stuttgart, war er in den Jahren 1841 und 1842 Assistenzarzt bei *Zeller* in Winnental gewesen und später Professor in Tübingen, Zürich und Berlin geworden, dort zugleich Vorstand der psychiatrischen Klinik der Charité. Sein im Jahre 1845 erstmals erschienenes »Lehrbuch der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten« ist als eine Frucht seiner in Winnental unter *Zeller* gemachten Erfahrungen zu betrachten. Auch er hat festgehalten an der einheitlichen, genetischen Auffassung der psychischen Störungen, welche er in einer gewissen bestimmten Aufeinanderfolge der verschiedenen Formen und verschiedenen Stadien e i n e s Krankheitsprozesses zu erkennen suchte. Er hat damit an *Zeller*s Anschauung angeknüpft. Von seinem Werk, das den Ausgangspunkt für die eigentliche wissenschaftliche Psychiatrie bildete, sagt *Westphal* in seinem Nekrolog auf *Griesinger*, es sei, nach einer kurzen, kaum zweijährigen Beobachtungszeit entstanden, mit früheren Werken nicht im entferntesten zu vergleichen; es habe zum

erstenmal eine wirklich wissenschaftliche Darstellung des Gesamtmaterials gegeben. *Griesinger* selbst hat es stets dankbar anerkannt, was ihm sein Winnentaler Aufenthalt gewesen ist; »in Winnental«, sagt *Westphal*, »hatte sich für ihn eine neue Welt eröffnet, in die er sich mit voller Hingabe versenkte; mit dem Direktor der Anstalt, Hofrat *Zeller*, knüpfte er ein Freundschaftsverhältnis, das bis zuletzt gedauert hat, und oft gedachte er später der in Winnental verlebten Tage als eines der glücklichsten Zeitabschnitte seines Lebens. Das bis in die spätere Zeit freundschaftliche und herzliche Verhältnis zu Herrn *Zeller* und dessen Familie ist um so bemerkenswerter, als beide Männer außerordentlich verschiedenen Anschauungen, namentlich auf religiösem Gebiet, huldigten.«

Lassen Sie mich schließen mit einem Wort *Griesinger*s aus dessen Vortrag, den er im Jahre 1867 bei Eröffnung der psychiatrischen Klinik in Berlin gehalten hat, mit einem Wort, das ganz im Geiste *Albert Zeller*s gehalten ist, und das auch uns heutigen Psychiatern, die wir am Aufbau des neuen Deutschlands mitzuwirken berufen sind, noch etwas zu sagen hat: »Wie wenig würde es sich ziemen, von der Höhe unserer viel gepriesenen Vernunft herabzusehen auf ein Reden und Tun, das der Ausdruck dieses Unglücks ist. Nein, unterdrücken Sie die Seelenbewegung nicht, die uns ergreift, wenn wir vor diesen Rätseln des Schicksals stehen; glauben Sie nicht, daß die menschliche Teilnahme erlöschen müsse, wo die wissenschaftliche Forschung beginnt. Weitgreifende Humanitätsfragen sind noch zu lösen auf dem Gebiet der Psychiatrie. Die großen Gedanken kommen aus dem Herzen; hilfreicher werden Kopf und Hand zu diesem Werke arbeiten, wenn Sie sich ein warmes Gefühl für das Unglück bewahrt haben.«

Schrifttum.

Birnbaum, Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft, in Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten 1928.

Griesinger, Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin am 2. Mai 1867. Archiv für Psychiatrie, Bd. I.

Kirchhoff, Deutsche Irrenärzte. Berlin 1921.

Kirchhoff, Geschichte der Psychiatrie in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie 1912.

Kraepelin, 100 Jahre Psychiatrie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Band 38.

Kreuser, Zu Albert Zellers Gedächtnis. Württemberg. Medizinisches Korrespondenzblatt 1904.

Westphal, Nekrolog auf Griesinger, Archiv für Psychiatrie, Bd. I.

Zeller, Albert, Berichte über die Wirksamkeit der Heilanstalt Winnental. Medizinisches Korrespondenzblatt des württemb. ärztlichen Vereins, Bd. VII, X, XIII, XVIII, XXIV.

(Aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München. Vorstand: Prof. Dr. *Merkel.*)

Der defekt geheilte Schizophrene und der neue § 51 RStrGB.

Von

Dr. med. **Rolf Niedenthal,** Gerichtsarzt des Landgerichtsbezirks München I.

Verfolgt man die Arbeiten der letzten Jahre über den weiteren Verlauf, über den Lebensgang von an Schizophrenie Erkrankten, so fällt auf, daß sich die Stimmen vermehren, die immer wieder hervorheben, wie unter den neuen therapeutischen Maßnahmen — ich verstehe dieselben im weitesten Sinne — doch ein gewisser Prozentsatz Schizophrener aus den Kliniken und Anstalten als praktisch geheilt entlassen wird. Besonders die Arbeit von *Mauz* aus der Marburger Psychiatrischen Klinik zeigt, daß Kranke von einem bestimmten Konstitutionstypus, von bestimmten Erbkreisen bessere Aussichten haben als andere. Wie diese Änderung in der Prognosestellung von der Erweiterung des Schizophreniebegriffs abhängt, ob es sich bei diesen gebesserten Kranken um echte Schizophrenie handelt, soll hier nicht verfolgt werden. Praktisch wichtig ist einzig und allein der Umstand, daß nach dem Stand unseres heutigen Wissens die Krankheitserscheinungen solcher Menschen zur Diagnose Schizophrenie berechtigen.

In der gerichtlich-medizinischen Praxis finden sich wieder und wieder Menschen, die früher einmal eine Schizophrenie durchgemacht haben, sich aber nur außerhalb einer Anstalt bzw. einer Klinik halten können, jedoch in der folgenden Zeit irgendwie straffällig werden. Wie soll man sich nun bei der Beurteilung dieser Kranken verhalten?

Vor Jahren stellte sich *Bleuler* auf folgenden Standpunkt: Der Grad der Psychose läßt es berechtigt erscheinen, bei latenter Schizophrenie die Zurechnungsfähigkeit zu bejahen, ebenso auch dann, wenn die Erkrankung noch nicht weit genug fortgeschritten ist. Ähnlich lauten auch die Forderungen von *Kahn*, indem er sagt: Hat ein abgelaufener schizophrener Prozeß keine Defekte gesetzt, so liegt § 51 nicht vor. Hat ein abgelaufener schizophrener Prozeß Defekte gesetzt, so ist die »Schwere der Defekte zu erfassen«. Handelt es sich um leichtere Mängel, so ist zu inkul-

pieren. Diese Forderungen hat *Kahn* heute aufgegeben, wie mir Herr Prof. *Schultze* freundlichst mitteilte.

Die Auffassung der beiden Autoren hat etwas Revolutionäres und es ist nur zu verständlich, daß sie nicht unwidersprochen blieb. Es ist also nichts grundsätzlich Neues, was ich hier bringe, aber es erscheint mir angebracht, diese Gedanken wieder aufleben zu lassen, zumal uns ein viel feineres Verstehen der Schizophrenie durch die Arbeiten, um nur einige zu nennen, von *Berze*, *Gruhle* und *Schneider* erschlossen worden ist. Wir kennen den Einfluß der Schizophrenie auf den Menschen, wie dieser in seiner ganzen Zielsetzung in seiner Reaktion auf die Einflüsse der Umwelt gestört wird, ja wie er geradezu durch diese Krankheit aus der Gesellschaft seiner Mitmenschen herausgerissen wird, da er anders denkt, anders empfindet und dadurch auch anders handeln muß. Aber wir wissen auch, daß es mehr oder weniger tiefgreifende Heilungen gibt, daß der Prozeß in jedem Augenblick zum Stehen kommen kann. Jedoch finden wir aber gerade auch mit unserer verfeinerten Diagnostik mit dem erweiterten Begriff der Schizophrenie immer wieder Menschen, die praktisch gesund, aber doch mit den Krankheitskeimen behaftet sind. Ich erinnere hier nur vergleichshalber an die verschiedenen Stadien der Tuberkulose, der Nierenerkrankungen usw. usw.

In dem Verlaufe der Schizophrenie unterscheiden wir verschiedene Ausgänge, die mehr oder weniger vollständige Remission, die Heilung, und auf der anderen Seite den chronischen Verlauf mit seinen typischen Endzuständen. Vom gerichtsärztlichen Standpunkt interessieren uns hier nur die Menschen, welche einmal einen schizophrenen Schub durchgemacht haben, die Remissionen und Heilungen. Ebenso scheiden bei der vorliegenden Betrachtung die sogenannten »Grenzfälle« aus.

Bei beiden der hier zu besprechenden Fälle ist die Diagnose klinisch gesichert, und doch kann man sagen, daß der schizophrene Prozeß nur einen Teil der Persönlichkeit geändert hat. Wir finden zwar überall leichte Eigentümlichkeiten, aber diese Eigentümlichkeiten fallen nur dem Psychiater und demjenigen, etwas geschulten Menschen auf, der nun auch ein besonderes Augenmerk auf den betreffenden Menschen hat. Sie stehen beide im Leben, verstehen beide ihre Belange zu vertreten, fallen beide ihren Nebenmenschen in keiner Weise als geisteskrank auf. Rein gefühlsmäßig sind sie ansprechbar und unterscheiden auch feinere Nuancen während des Verkehrs mit anderen Menschen. Das Fingerspitzengefühl, wenn ich mich so ausdrücken darf, welches im intimeren Umgange mit Menschen vorhanden sein muß, ist erhalten. Beide kommen durch irgendwelche eingreifende Umstände in schlechtere soziale Verhältnisse, leiden darunter und

können sich mit denselben nicht abfinden. Sie sehen frühere Bekannte in gehobeneren Stellungen, neiden es immer nicht gerade, aber wollen denselben doch ähneln. So muß nach außen ein gesellschaftliches Niveau erhalten bleiben, aber wie jede einzelne den Inhalt dieses Niveaus auffaßt, ist allein aus der sozialen Schicht erklärbar, aus welcher sie kommt. Die eine sieht ihr Ziel erfüllt, wenn sie genügend besser essen und trinken und sich unterhalten kann, gleicht also darin ganz der Mehrheit unserer primitiveren Bevölkerungsschichten. Die andere braucht eine bessere Wohnung, eine Hausangestellte; der soziale Stand muß auch ihrem äußeren Auftreten zu entnehmen sein. Kurz, sie hat die Ansprüche der durchschnittlichen Gesellschaftsdame, denen sie auch irgendwie nachkommen will. Der Intellekt ist bei beiden, selbstverständlich ihrer Herkunft und Erziehung entsprechend, gut ausgebildet. Sie haben beide die nötige Urteilsfähigkeit und Selbstkritik, die man im öffentlichen Leben braucht, um seine Belange zu vertreten.

Ich gebe hier kurz die Lebensgeschichte der beiden Frauen wieder:

Die B., 58 Jahre alt, stammt aus einer gesunden Familie. Als Kind war sie immer etwas schwierig, zumal das Familienleben wenig günstig war und die Eltern in ihr einen gewissen Bildungsfimmel groß zogen. Sie wollte so schon immer etwas Besseres sein. Um dem häuslichen Milieu zu entfliehen, nimmt sie verschiedene Stellungen an. 1902—1906 ist sie in einer Heilanstalt wegen ihrer Schizophrenie. Nach ihrer Entlassung verdient sie sich ihren Unterhalt mit Handel. Bekommt immer wieder Streitigkeiten, verliert nicht den ihr als Kind eingeimpften Hochmut, spricht daher auch Hochdeutsch. Die zweite Aufnahme wurde 1916 nötig. 1922 wird sie wieder entlassen. Bei der zweiten Aufnahme handelte es sich nur um ein kurzes Aufflackern ihrer Schizophrenie, sehr bald korrigiert sie ihre Krankheitssymptome. Seit 1923 bezieht sie Wohlfahrtsunterstützung und verdient sich durch Hausieren ihren Unterhalt. Auffallend ist ihr etwas altjüngferliches Benehmen, ihre gezierte Sprache und ihre Gereiztheit im Verkehr mit den Behörden. Irgendwelche Krankheitssymptome sind nicht feststellbar, außer dem zu erwähnenden Defekt wegen welchem sie straffällig wurde. Sie verteidigt sich geschickt mit einer Spitzfindigkeit und schlauer Berechnung. Ihr Betteln tarnt sie mit dem vermeintlichen Verkauf von Streichholzschachteln oder anderen Kleinigkeiten, welche sie in Warenhäusern kauft. Sie hält dann den Passanten einen solchen Gegenstand hin, indem sie sich die Stellung einer Schwerkranken gibt und jeder Anrede mit einem Hinweis auf körperliche Schwächezustände begegnet. Sie bestreitet jede Bettelabsicht mit dem Hinweis, daß sie ja Ware den Leuten anbiete.

Frau G., 55 Jahre alt, zeigt heute folgendes Bild:

Ihr Benehmen ist völlig geordnet. In ihren Umgangsformen gleicht sie ganz der üblichen Dame der Gesellschaft. Sie treibt Konversation und spricht nur äußerst ungern von ihrer derzeitigen Lage. Rasch erfaßt sie die Situation und spricht ihrerseits von den Eindrücken der letzten

Tage, von ihren Beziehungen zu den verschiedenen Betrügereien. Auffallend ist zunächst ihre kalte Objektivität, aber sehr bald fühlt man heraus, welche Anstrengung es ihr kostet, nach außen so ruhig zu erscheinen. Später gibt sie nach einigem Zögern auch rückhaltlos zu, »wie sehr sie sich zusammennehmen müsse«, um nicht zu weinen, zu lamentieren. Als irgendwie eigenartig läßt sich nur ein zeitweiliges Lächeln anführen, das teils Hilfslosigkeit ausdrückt, aber auch häufig wie erstarrt in dem Gesicht steht. Ihr fällt auf, wie verschieden die einzelnen Menschen sich ihr gegenüber verhalten, und führt dies auf das Bekanntwerden mit ihrem Vorleben, ihrer Krankengeschichte zurück.

Sie stammt aus geordneten Verhältnissen, wächst auf wie andere Mädel ihres Standes, ist durch nichts auffällig. Die Ehe ist zunächst glücklich. 1910 macht sie im Anschluß an eine Geburt einen leichteren schizophrenen Schub durch. Anstaltspflegebedürftigkeit bestand nicht. Nach demselben war sie aber in jeder Beziehung zugänglicher und aufgeschlossener geworden. 1923 benimmt sie sich über eine ganz kurze Zeitspanne etwas auffallend. In den folgenden Jahren unterliefen ihr geldlich kleinere Unregelmäßigkeiten im Haushalt. Bis 1927 hat sie einige Schulden, ohne daß sie angab, wie sie das Geld aufgebraucht hätte. 1926 wird die Ehe geschieden; bei dem Prozeß spielte der schizophrene Schub von 1910 keine Rolle. In der folgenden Zeit entwickelt sich nun ein steter Kampf mit ihren verschlechterten Vermögensverhältnissen. Sie kann sich nicht in die nun gänzlich geänderte Lage hinein finden, will ihr früheres Niveau auch nach außen hin halten und nun kommt es zu einer fortlaufenden Reihe von Betrügereien und Urkundenfälschungen, in denen sie geschickt den Stand ihres Mannes, dessen Psyche und den üblichen Rechtsgang einer vorgetäuschten Unterhaltsklage ausnützt. Sie ist sich der Strafbarkeit bewußt, und um den eventuellen Fragen ihrer Tochter zu entgehen, woher sie das Geld nähme, macht sie dieser vor, daß sich ein Generaldirektor für sie, d.h. für Frau G., interessiere. Schließlich erstattet einer ihrer Gläubiger Anzeige und nun kommt ein Netz von Betrügereien ans Tageslicht. Sie reagiert zunächst mit wenig ernst gemeinten Suizidideen, kommt für kurze Zeit (7 Tage) in die Klinik und wird schließlich unter der Diagnose: wahrscheinlich schizophrener Defekt, entlassen. Auch heute gibt sie wiederum nicht an, wie die immerhin erhebliche Summe verwendet wurde; jedoch erscheint es gänzlich ausgeschlossen, daß sie zu irgendeinem Menschen in einem Verhältnis steht. Die Möglichkeit scheint aber gegeben, daß sie die Heirat einer Tochter finanziell sichern wollte.

Frau B. verstand es also durch Betteln ihre Wirtschaftsverhältnisse zu bessern, Frau G. suchte durch Urkundenfälschung und Betrügereien ihre soziale Lage nach außen hin zu erhalten und einen Teil ihrer Angehörigen zu unterstützen.

Beiden Fällen ist ein ziemlich isolierter Defekt eigen, eine ethische Minderwertigkeit bei sonst gut erhaltener Persönlichkeit. Welches sind nun die strafrechtlichen Folgen? Gesteht man beiden Frauen den Schutz des § 51 RStrGB. zu, weil man sich auf den üblichen Standpunkt stellt:

Schizophrenie, also unzurechnungsfähig. Oder ist hier der

Standpunkt *Bleulers* und *Kahns* zutreffend? Kann man die beiden Frauen verantwortlich machen, muß man hier die Voraussetzungen des § 51 Abs. 2 RStrGB. als gegeben ansehen, oder trifft der § 51 Abs. 2 RStrGB. auch nicht zu?

Bevor ich hierauf näher eingehe, möchte ich hier die Stellung des Psychopathen im Strafrecht nur ganz kurz streifen. Bei einem Psychopathen, selbst wenn er von Haus aus eine ziemliche psychische Minderwertigkeit hat, wird niemand daran denken, ihm den Schutz des § 51 zuzugestehen. Es sei denn, daß sich die Psychopathie z. B. mit einem Schwachsinn paart, oder daß es sich um eine ganz schwere Form der Psychopathie handelt. Und wie ist es mit Wiederholung von Straftaten bei Psychopathen? Ebensowenig wie bei einem geistig normalen Menschen kann man hier sagen, ob sich die Straftat wiederholt, ja man rechnet sogar in einer gewissen Beziehung damit, und trotzdem macht man einen solchen abnormen Menschen mit Recht verantwortlich. Auch bei Psychopathen findet man isolierte Defekte, besonders häufig einen Mangel an ethischen Eigenschaften. Auch hier handelt es sich um eine Abweichung von den Normen, um etwas Psychopathologisches, um eine Abwegigkeit, die nicht zu korrigieren ist. Bringt aber diese abwegige Veranlagung für den Psychopathen die ähnlichen Konsequenzen, wie bei Schizophrenen, bei denen verhältnismäßig isolierte Defekte blieben? Bei den geheilten Paralytikern kreuzen sich heute die Meinungen sehr und niemand sieht es eigentlich als eine Inkonsequenz an, wenn man einerseits einen Kranken nach der Malariakur in verantwortliche Stellen wieder zurückkehren läßt und andererseits an der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit zweifelt. Und verhält es sich bei geheilten Schizophrenen, welche in bevorzugte Stellungen zurückkehren, nicht ebenso?

Gewiß, ein Vergleich der Schizophrenie mit anderen Krankheiten hat immer seine großen Nachteile und Übertreibungen, zumal wir gestehen müssen, daß wir noch weit von einer völligen Erkennung der Schizophrenie entfernt sind und über ihre ganze Dynamik und Mechanismen sehr wenig wissen. Aber es handelt sich hier nur um eine rein praktische, soziale und juristische Frage! Jeder normale Mensch hat seine eigensten Strebungen, seine eigensten Tiefen, die wir ebensowenig in ihrer ganzen Bedeutung erfassen können, wie die Schizophrenie. Es gibt keine Masse, es gibt nur Einzelindividuen und doch zwängt man den Menschen, ohne jede Achtung vor seinem ureigensten Fühlen und Denken, hinein in eine Menge und beurteilt ihn nach einem Gesetz, das für die Menge geschaffen ist. Warum pocht man gerade bei den Schizophrenen auf die Eigenarten, die der Prozeß setzt bzw. setzen kann?

In seiner Entgegnung auf *Bleuler* sagt *Aschaffenburg*, daß

schon allein der Umstand, daß sich die ganze Schwere des Prozesses nicht erkennen ließe, diese Auffassung ausschließe. Aber haben wir nicht als Gutachter bei allen forensischen Fällen unsere große Not mit der Abschätzung der Willensstörung, mit der Beurteilung des ganzen Menschen, werden wir bei anderen psychisch Abwegigen den Anforderungen *Aschaffenburgs* immer gerecht? Stets bleibt in der forensischen Psychiatrie selbst bei der objektivsten Begutachtung ein Rest von Subjektivität. Immer müssen wir auch ab und zu in unser Seelenleben greifen, um den anderen zu verstehen. Dem menschlichen Erkennen sind immer Grenzen gesteckt, Grenzen, über die hinaus auch Gefühl und Instinkt nicht mehr als Vermutungen schaffen.

Der Kreis der hier in Betracht kommenden Fälle wird immer ein beschränkter bleiben, muß man doch verlangen, daß der Kranke mindestens ein Jahr aus der Anstalt oder Klinik entlassen ist, daß er im sozialen Leben sich durchbringt und daß der Prozeß sich auch schleichend nicht weiterentwickelt.

Ich weiß, daß in der Erstarrung der Persönlichkeit, welche die Krankheit setzt, ein gewisser Konfliktstoff liegt; gleichzeitig erscheint mir aber auch die Möglichkeit gegeben, daß gerade durch diese Erstarrung die Voraussetzung gegeben ist, daß der Geheilte den nun einmal gewählten Weg weitergeht und sich in der Welt ohne Gegensatz zu den Gesetzen der Umgebung durchbringt. Gerade hier kommen aber auch die Anschauungen *Simons* in Betracht, der gezeigt hat, wie weit ein Schizophrener noch erziehbar ist, wie weit er noch einem Arbeitsprozeß eingegliedert werden kann, und der immer wieder auf den Schaden hinweist, der aus der »grundsätzlichen Unverantwortlichkeit« des Schizophrenen für dessen ganze soziale Eingliederung erwächst. Erinnern wir uns doch nur an die Bilder, welche unsere Anstalten vor und nach der Einführung einer überlegteren und konsequenteren Arbeitstherapie zeigen! Ich glaube die Annahme ist berechtigt, daß bei einem Schizophrenen derart, wie ich ihn hier in Betracht ziehe, eine Strafe schon irgendwie erzieherisch wirkt und sei es einzig und allein durch eine abschreckende Wirkung.

Und dann, welcheinen Eingriff bedeutet die Wiederaufnahme eines solchen geheilten Schizophrenen in die Anstalt. Er, der sich als gesund empfindet, der glaubt sich durchbringen zu können, wird nun in seiner ganzen Selbsteinschätzung erschüttert, seine ganze neu gewonnene Einstellung zum Leben wird verschoben. Er will ja für seine Tat einstehen; aber man raubt ihm diese Auswirkung seiner Persönlichkeit. Man denke nur, wie ein intellektuell und gemütlich gut ansprechbarer praktisch geheilter Schizophrener zurückschreckt vor der Anstalt mit ihren Eindrücken. Ich appelliere hier an keine unsachliche Weichheit,

aber ich glaube betonen zu müssen, daß gerade hier das individuellste Vorgehen am Platze ist.

Selbstverständlich setzt, wie ich schon anführte, eine solche Begutachtung voraus, daß sowohl intellektuell wie gemütlich eine Einsicht für die Strafbarkeit der Tat besteht und gerade in dieser Beziehung findet man bei der hier zu beurteilenden Gruppe von Schizophrenen, daß diese ihre Delikte in ihrer ganzen Schwere beurteilen. Ja, oft finden wir in ihrer ganzen Einstellung eine gewisse Ähnlichkeit mit den Psychopathen. Hier wie dort weht uns manchmal ein kalter Hauch an, wenn wir diese Menschen so »objektiv, so unbeteiligt« über ihre Belange reden hören, hier wie dort kommt es zu Übertreibungen, zu Übertreibungen in der Einstellung zur Umwelt, aber alles ist erklärlich, noch einfühlbar. Und selbst wenn wir hierbei auf einen Rest stoßen würden, der sich unserem Einfühlen und dem Verstehen des zu Begutachtenden entzieht, finden wir nicht auch häufig bei intelligenten Menschen, die sich irgendwie straffällig gemacht haben, daß diese die Tat als etwas gänzlich Wesensfremdes empfinden und derart dann auch ihre Stellung derselben gegenüber einnehmen? Wie verschieden verhalten sich doch geistig gesunde Menschen vor dem Richter, welche starre Maske fällt einem da nicht oft auf, wie unverständlich ist oft ihre Mimik, ihr Lachen wie verkrampft sind ihre Affekte! Wüßten wir bei solchen Menschen eine belastende Vorgeschichte, würden wir diese nicht auch unter einem ganz anderen Blickwinkel beurteilen, würden wir dann nicht vielem einen ganz anderen Sinn unterschieben?

Wir verlangen von dem Verstand, von der Urteilsfähigkeit des Menschen, daß beide, wenn genügend ausgebildet, auch das Trieb- und Willensstreben in der richtigen Bahn halten, warum ist diese Schaltung einzig und allein bei der Schizophrenie — wenn auch als genügend nachgewiesen — derart alteriert, daß sie hier die Unzurechnungsfähigkeit in sich schließt? Bei den geheilten Schizophrenen ist auf Grund des überstandenen Prozesses alles möglich, jede Beziehungssetzung, selbst die bizarrste nicht ausgeschlossen; aber sind gegenüber z. B. der Psychopathie, der geheilten Paralyse so gewaltige Unterschiede in der Schaltung Verstand, Gefühl und Triebrichtung bezogen auf das praktische Leben? Eine Denkstörung darf aber sowohl während der Ausführung des Deliktes als auch in der Zeit nachher nicht im Vordergrunde stehen, dieselbe darf sich überhaupt praktisch nicht auswirken. Die Ausführung der strafbaren Handlung muß in ihrem Aufbau nicht irgendwelche krankhafte Beeinflussungen zeigen, sie muß aber auch in ihrem Aufbau nicht den üblichen strafbaren Handlungen gleichen.

Wenn man die Schwere des Defektes erfassen und damit

die Differenzierung defekt geheilter Schizophrener noch weiter verfeinern könnte, so wäre dies nur die logische Weiterentwicklung des Standpunktes, daß Schizophrenie nicht in jedem Falle den Schutz des § 51 bedingt. *Kahn* versuchte diesen Schritt, ist aber, wie ich schon anführte, davon abgekommen, und ich glaube, daß es wohl unmöglich bleiben wird, jeweils unser Erkennen soweit vorzutreiben. Wir können die Intelligenz, die Aktivität und Spontaneität, einen gewissen Teil des Gefühlslebens und die gemütliche Ansprechbarkeit beurteilen; aber es bleibt doch ein erheblicher Teil des Defektes, gerade durch den Heilungsmechanismus der Schizophrenie bedingt, nicht erfaßbar. Dies liegt auch an der eigenartigen Stellungnahme des geheilten, bzw. sozial wieder brauchbar gewordenen Menschen gegenüber diesem Rest seines überstandenen Prozesses. Es besteht die Möglichkeit, daß er diesen in seinem Inneren abkapselt, ihn auf diese Weise sowohl sich selbst, als auch der Umwelt entzieht. Diese Residuen sind nicht einfach kompensiert, sie liegen vielleicht, von Verstand und Wille gebändigt, innerhalb der Psyche verankert und der wieder Gesunde hütet sich wohl, den Weg zu diesem Rest zu öffnen. Vielleicht verdrängt der Betreffende auch diese Überbleibsel seiner Krankheit oder gliedert dieselben mühselig der Wirklichkeit ein. Ich glaube, daß nur in den seltensten Fällen ein intelligenter, defekt geheilter Schizophrener sich einem Exploranten soweit erschließt, daß dieser den Defekt in seiner ganzen Auswirkung erfassen kann. Hier befindet sich der zu Begutachtende in einer nur zu begründeten, rein menschlich erklärbaren Abwehrstellung, und haben wir vielleicht nicht alles wieder verloren, den ganzen Heilungsprozeß durchbrochen, wenn wir diese Barrière durchstoßen?

Aufschluß über eventuelle Wiederholung der Delikte kann uns auch die Persönlichkeit vor der Erkrankung geben, ebenso wie uns hier Fragen aus dem Erbgange fördern können. Aber dies Wissen ist rein empirisch und die Folgerungen aus demselben haben von Fall zu Fall nur den Wert einer Vermutung.

Ich glaube mit einiger Sicherheit gezeigt zu haben, daß es nicht möglich ist, auf dem Standpunkte der Schizophrenie, also Unzurechnungsfähigkeit zu beharren, und ich glaube angedeutet zu haben, daß die Forderungen von *Bleuler* und z. T. von *Kahn* heute durch die neue Gesetzgebung von neuem in den Blickpunkt unseres psychiatrischen Denkens gestellt werden müssen. Mir scheint, daß der neue § 51 des RStGB. für früher krank gewesene Schizophrene eine gerechtere und der ganzen Persönlichkeit entsprechendere Begutachtung und auch Urteilsfindung zuläßt. Er wird dem Zwischenland zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit gerecht und umfaßt

eine Gruppe von Geisteszuständen, welche sich bisher nur unter einem gewissen Zwang den beiden Begriffen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit unterordnen ließen. Es war doch naturwissenschaftlich wenig befriedigend, wenn der Gutachter auf eine mildere Beurteilung hinweisen mußte in einem Sachverhalt, welcher eine ganz andere Einstellung des Gesetzes selbst erforderte. In dem Hinweis auf eine mildere Beurteilung sah das Gericht, falls es sich dem Gutachten anschloß, den Hinweis auf eine Verminderung des Strafmaßes. Aber diese Milderung wurde ebenfalls der Sachlage wenig gerecht, da diese eine ganz andere Beurteilung verlangte; die Strafe muß erzieherisch oder abschreckend wirken und gerade gegen diesen Grundsatz wird bei der Verminderung des Strafmaßes dann wieder verstoßen. Ich halte es also, dem heutigen naturwissenschaftlichen Standpunkte und den heutigen medizinischen Erfahrungen nach geradezu erforderlich, daß die defekt geheilten, d.h. praktisch gesunden Schizophrenen nicht mehr den Schutz des § 51 Abs. I bekommen, wir müssen dieselben einzig und allein danach beurteilen, wie ihre Geistesverfassung während der Tat und bei der Beurteilung sich verhält und dürfen uns nicht von all den Möglichkeiten, welche der Krankheitsbegriff Schizophrenie in sich schließt, zu einer gewissen Weitherzigkeit und Milde verleiten lassen, zu einer milderen Beurteilung, welche wir z. B. der großen Gruppe der Psychopathen nicht angedeihen lassen.

Ich will mit den Worten *Bleuler*s schließen: »Aber ist das nämliche Handeln weniger krankhaft, wenn es statt auf schizophrenen Mechanismen, auf angeborener feindlicher Einstellung gegen die Umgebung beruht?«

Bleuler: Vierteljahrsschrift f. d. ges. Medizin 3. Folge Bd. 44.
Kahn, Eugen: Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform Jg. 14.
Aschaffenburg, G.: Zeitschrift f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 78.
Simon: Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 90.

Psychiatrisches an den russischen Zaren Iwan IV., Peter III. und Paul I.

Von

Dr. Ernst Müller, Medizinalrat in Hildburghausen.

Wie auch jetzt noch von Gelehrten absichtlich verschwiegen oder wenigstens nicht betont zu werden scheint, daß Germanen auf dem römischen Kaiserthron saßen, wie Magnentius und Decentius, so wird auch vergessen, daß es Germanen waren, die in Rußland zunächst eine herrschende Führerschicht bildeten und den russischen Staat in Gang brachten. Ferner muß man, wenn man als Deutscher russische Geschichte treibt, im Auge behalten, daß, solange es russische Zaren gab, die russische Kultur deutsch war, daß viele russische Zaren deutsche Prinzessinnen, daß zaristische Prinzessinnen deutsche Prinzen heirateten. Genützt hat uns dies zwar alles wenig. Es dürfte aber — und gerade auch deshalb mit — von Interesse sein, an der Hand einiger für die Geschichte markanter Persönlichkeiten das Schicksal des russischen Reiches, besonders aber der es jedesmal leitenden Vertreter, eine Zeit lang zu verfolgen.

1. Iwan der Grausame (1533—1584).

Dieser Zar hatte Iwan, den Schrecklichen, zum Großvater; derselbe war, wie die Mutter des Herrschers aller Reußen, wegen Grausamkeit berüchtigt. Iwan IV. war in jungen Jahren verwaist, so daß seine Erziehung die schlechteste war, die man sich denken kann. Bereits als 13jähriger Knabe ging er energisch gegen Ungerechtigkeiten einer jener Bojarenfamilien vor, die nach dem plötzlichen Tod seiner Mutter den Staat mit leiteten. Diese hochgestellten Familien von altem Adel benahmen sich zeitweise anmaßend und unverschämt, machten dem Zaren Schwierigkeiten und hatten die Verwegenheit die Familienschätze des Zarenhofs zu plündern. Als 15jähriger ritt er mit seinen Spießgesellen durch die Straßen Moskaus, wobei sie verwundeten und töteten, wer ihnen begegnete (vergl. Nero). Als 17jähriger sei Iwan schon durch aufgeschlossenen Geist aufgefallen, er habe Worte ge-

sprochen, die sein Vater in höherem Alter nicht zum Ausdruck gebracht habe. Mit 17 Jahren heiratete er die edle Anastasia (aus einem sehr alten Bojarengeschlecht), die ihn sehr günstig beeinflußte und ihm auch treu blieb. Da er den Einfluß der bedeutenden Bojarenfamilien fürchtete, ging er grausam gegen sie vor und vernichtete einen Teil derselben. Kurz darauf bereute er seine Grausamkeit und bat öffentlich in einer Versammlung um Verzeihung, indem er sich verneigte und Besserung versprach. Eines Tages verließ er Moskau, das seine Feinde in Brand steckten, so daß er und der Metropolitan beinahe mit verbrannten, und zog in einen acht Tagereisen entfernten Ort, um scheinbar die Herrschaft niederzulegen. Tatsächlich rechnete er richtig mit der Volksseele; die einfache Masse des Volkes verlangte seine Rückkehr — das Pamphlet war gegen die bedeutenden Familien gerichtet — mochte er sein, wie er wollte, das einfache Volk fühlte sich offenbar unter der Zarenherrschaft wohl. Dann trat er als Abt in ein Kloster ein, in dem er selbst den Glöckner machte und in religiöser Ekstase mit dem Kopf auf die Steinplatten des Klosters aufstieß, daß er blutete, und wirkte hier mit seinem Hof und seinen Getreuen. Am meisten Spaß machte es ihm, wenn er mit ihnen unter der Maske der Frömmigkeit, den Dolch unter dem Mönchsgewand, gegen die vermeintlichen Feinde vorgehen und sie martern konnte. Iwan hat Unzählige grausam martern und umbringen lassen. Einmal hat er einem Teilfürsten den Zarenthron für eine Zeit übertragen und sich demütig als diesem untertan bezeichnet. Seinen Lieblingssohn hat er in einem seiner bekannten Wutanfälle mit einem eisernen Stock tödlich verletzt, wonach er untröstlich war.

Innerpolitisch ging es, solange er an dem klugen und prächtigen Metropolitan Sergius und an Adajew, einem ebenfalls tüchtigen Staatsmann, festhielt. Als er diese, weil sie seiner zaristischen Allmacht im Wege standen, aus nichtigen Gründen verbannte, ging es mit ihm abwärts. Er richtete eine Leibgarde (die Opritschniki) ein, deren Mitglieder sich Raub und Plünderungen erlaubten. Reiche Familien plünderte er aus, bemächtigte sich ihrer Güter und verpflanzte sie, seinen Lieblingen schanzte er wieder Landbesitz zu. Natürlich brachte er dadurch die Landwirtschaft in Verwirrung und das Land herunter, zerschnitt er das Land — auch auf politischem Gebiet gemeint — wie einer seiner Kritiker sagte. Nowgorod ließ er in gräßlicher Weise, obwohl grundlos, verwüsten, unzählige Menschen sollen dabei umgekommen sein (siehe Caracalla nach der Ermordung seines Bruders). Er heiratete siebenmal (Karl der Große) und lebte außerdem zeitweise ausschweifend. Um in seinem Lande deutsche Kultur zu verbreiten, sollte ein Deutscher, Hans Slitte aus Goslar,

der sich in Moskau aufhielt, Gelehrte, Handwerker usw. nach Rußland bringen, was jedoch die Livländer verhinderten.

Außenpolitisch hatte er zum Teil Erfolg. Kasan eroberte er und den Landstrich um Astrachan, dagegen machte ihm die Krim und Litauen viele Schwierigkeiten. Wegen der litauischen Küste führte er viele Kriege, die aber wenig glücklich waren — erst nach $1^1/_2$ Jahrhunderten wurde die baltische Küste erobert. Aber Verdienste erwarb er sich durch Vorschieben der Grenze nach Osten und die Eroberung Sibiriens. Mit England schloß er einen Handelsvertrag.

Ich glaube, daß Iwan IV. zum Teil als psychiatrischer Fall aufzufassen ist; bei vererbtem Sadismus ist noch zeitweiser Verfolgungswahn anzunehmen.

Aus seinem Porträt, das einen stechenden Blick zeigt, kann man nur Intelligenz und Sinnlichkeit herauslesen.

2. Peter III. (5. 1.—17. 7. 1762).

Von Natur eher gutmütig, dickköpfig, manchmal urwüchsig und grob, wenig zu anderen als militärischen Studien neigend, aber der größte Deutschfreund, der je auf dem russischen Zarenthron saß, war er unvorsichtig insofern, als er russische Verhältnisse kritisierte oder gar bespöttelte. Als Thronfolger und Großfürst unselbständig, zu harmlos, sich vielleicht seinen Soldatenliebhabereien zu ausgedehnt hingebend, die zum Teil in läppische Spielereien ausgeartet sein mögen und eine Menge Geld verschlangen. Er befand sich, auch später, in dauernder Geldnot. Seine Frau Katharina, später die Große genannt, eine Prinzessin von Anhalt-Zerbst, unterschätzte er, vor allem ihre Gerissenheit und Gefährlichkeit. Katharina war ihm zweifellos geistig beträchtlich überlegen. Möglich, daß er sie mit Verbannung oder Schlimmerem bedroht hat, wenigstens waren das ihre Gedanken bzw. Befürchtungen[1]). Peter hat als Kaiser manches Gute geleistet und Großzügiges getan, nur ist er mit seinen Reformen zu schnell vorgegangen (siehe Amanulah von Afghanistan). Für uns Deutsche hat er das unsterbliche Verdienst, daß er den siebenjährigen Krieg schon als Thronfolger bremste und bei seiner Thronbesteigung abbrach. Nur so wurde Friedrich der Große gerettet. Das wird sein ewiges Ruhmesblatt in der deutschen, aber nicht in der russischen Geschichte, sein.

Schändlich ist es, wie die große Katharina sein Leben preisgegeben hat, in wie gemeiner Weise er ins Jenseits befördert worden ist, gewürgt wie Paul I.

Ich halte Peter für einen zeitweise beschränkten Psycho-

---

[1]) Siehe hierüber ihre Memoiren.



pathen. Auffallend war schon, wie er den sexuellen Leichtsinn seiner jungen Frau duldete und entschuldigte. Als die Verschwörung gegen ihn schon tagelang umrauschte, sein treuer königlicher Freund (Friedrich der Große) ihn warnte, mit der Kaiserin gut auszukommen, dann sein Leben zu schützen, zauderte er unbilligerweise, so in leichtsinniger Weise seinen Untergang herbeiführend. Für einfältig halte ich vor allem sein Verhalten zur Zeit der gegen ihn gerichteten Verschwörung. Wenn er ein Genie gewesen wäre, würde man sein Bestreben zu reformieren nachsichtiger beurteilt haben, wie bei Josef II. Sein Porträt zeigt normale Intelligenz.

3. Paul I. (1796—1801).

Seine Mutter, Katharina die Große, soll einen Vergiftungsversuch gegen ihn haben unternehmen lassen. Erst dadurch soll er, wie Commodus, verfolgungswahnsinnähnliche Vorstellungen bekommen haben. Nachdem er in würdiger Weise das Andenken Peters III. wiederhergestellt und sich an dem Verderben seines Stiefvaters gerächt, regierte er, ohne feste Ziele — allen möglichen Ländern, zum Beispiel auch Preußen, wollte er den Krieg erklären — man kann sagen im Zickzackkurs. Teilweise war er gutmütig, teilweise dickköpfig und Despot. Unglaublich war die übertriebene Vorstellung von seiner Würde, von seiner Gottähnlichkeit. Infolge Erfahrungen in seiner Jugend hielt er die Menschen für schlecht, hatte unglaubliche Marotten, war zeitweise ausschweifend und fühlte sich ab und an verfolgt. Seine edle Gemahlin aus deutschem Geblüt — sie war eine württembergische Prinzessin — soll von dem Wunsch, ihren Mann, weil er unter anderen die ganze Zarenfamilie bedroht hätte, zu entthronen gewußt haben, seinen Tod wünschte sie sicher nicht. Jedenfalls war ihr beiderseitiger Sohn Alexander — später als Alexander I. Kaiser — Mitwisser der Verschwörung, wenn er auch stets zur Bedingung gemacht hatte, daß seinem Vater nicht ans Leben gegangen werden dürfe. Ja, er wollte ihn, als es Ernst wurde, befreien. Er hatte aber nicht den Mut aufgebracht, seinen Vater in offener Weise zu entthronen, um ihm so das Leben zu retten.

Paul wurde — wie gesagt — in derselben schändlichen Weise wie Peter III. ums Leben gebracht. Beide zeigten sich in der größten Krise ihres Lebens schwach und mutlos, versuchten erst gegen die Verschwörung vorzugehen, als es zu spät war.

Paul soll recht begabt gewesen sein. Aber er hat sich, namentlich in seiner letzten Zeit, benommen wie ein Psychopath. Er litt zu Zeiten an der Monomanie, eine Art göttliches Wesen zu sein, und an Verfolgungswahn. Manches könnte dafür sprechen, daß er doch der Sohn Peters III. war, siehe weiter

unten. Seine Intelligenz hatte er hauptsächlich von seiner genialen Mutter geerbt.

Interessant ist das Problem, ob Kaiser Paul ein Abkömmling des Zaren Peter III. sein kann. Daß Peter seiner, wenn nicht direkt schönen, so doch sicher sehr anziehenden jungen Frau immer widerstanden haben und sie nie erkannt haben sollte, ist bei ihrer zum Teil engen Gemeinschaft, in der sie zusammen lebten, falls er nicht übertrieben eigen war, unwahrscheinlich; also muß bei ihm wohl Zeugungsunfähigkeit oder eine Hypospadie angenommen werden. Der hübsche Diplomat Graf Soltikow soll ja der Vater Pauls I. sein. Wenn man die Bildnisse Peters und Pauls vergleicht, fällt einem die Ähnlichkeit von Oberlippe, Mund- und Kinnpartie auf, aber der Gesamteindruck ist unähnlich, so daß ich eher für die Hypothese bin, daß Soltikow der Vater ist. Ihn wählte man aus, um die Geburt des Thronfolgers im Ausland anzuzeigen, offenbar, weil man ihn für den aus Liebe verschwiegendsten Herold hielt, der sicher für sein Verdienst reichlich abgefunden worden sein dürfte.

Kaiser Pauls Porträt zeigt einen größeren Kopf als das Peters, der Ausdruck ist intelligenter als der des letzteren.

Bericht aus dem Leben eines erbgleichen Zwillingspaares mit einigen bemerkenswerten psychischen Diskordanzen.

Von

Eberhard Sievers-München.

Vorwort.

Diese Arbeit will zunächst nichts weiter als die möglichst lebendige Schilderung eines seelisch und intellektuell hoch differenzierten Menschenpaares (relativ hoch selbstverständlich, verglichen mit den meisten bisher beschriebenen Zwillingen) sein. Wissenschaftlich betrachtet, ist das eine ganz unspezifische, beinahe ziellos erscheinende Art des Vorgehens; doch liegt es wohl im Wesen des Gegenstandes, wenn er umfassend genug dargestellt werden soll. — Infolgedessen wird vielleicht jeder Leser ein anderes Ergebnis aus der Biographie herausziehen, je nach dem größeren Zusammenhang, in dem er sie sieht. Der eine wird z. B. von den »gebundenen« und »freien« Diskordanzen, die wir im Bereich des Seelischen feststellen konnten, aus wieder die alte Frage aufrollen, wie weit man überhaupt von erbgleichen Zwillingen sprechen dürfe; ein anderer faßt den Fall mit ähnlichen in einer psychologischen Statistik zusammen; den dritten interessiert hauptsächlich die psychiatrische Seite der Sache; ein vierter endlich erwartet nicht so sehr die Lösung von Einzelfragen, sondern er will nur das Anlage-Umweltproblem im Ganzen der beiden Lebensläufe einmal sich wiederspiegeln sehen. — Die Biographie versucht all diesen verschiedenartigen Ansprüchen nach Möglichkeit gerecht zu werden; unsere wissenschaftliche Auswertung tritt dem gegenüber etwas mehr in den Hintergrund.

Die folgenden »Gespräche« wollen keine wörtlichen, sondern nur sinngetreue Wiedergaben sein; sie sind ausgearbeitet auf Grund von ausführlichen Gedächtnisprotokollen. Nur ein kleiner Bruchteil des Gesprochenen ist hier festgehalten; es war mir unmöglich, unsere Unterhaltungen, die bis zu drei Stunden und darüber dauerten, aus dem Gedächtnis vollständig niederzuschreiben.

Mit der Zeit ergab sich immer deutlicher die Notwendigkeit, die Form der einfach deskriptiven Darstellung zu verlassen. In den letzten Wochen vor Abschluß der Arbeit hatten die Zwillinge und ich je eine

Protokollabschrift als Handexemplar, in das jeder seine Verbesserungen und Ergänzungen eintrug. Das Ganze wurde dann zusammen mit einem der Zwillinge ausführlich besprochen und korrigiert. Diese Art des Zusammenarbeitens erwies sich praktisch als die bei weitem günstigste. Allerdings führte sie auch dazu, daß einige psychologisch bemerkenswerte Stellen gestrichen werden mußten.

Es ist natürlich unmöglich, auch nur alle wesentlichen Geschehnisse der beiden Lebensläufe hier vollständig aufzuzählen; selbst für den Fall, daß spätere Ergänzungen der Biographie nicht möglich sind, trägt diese Arbeit daher den Charakter einer ersten, vorläufigen Veröffentlichung.

Übersicht.

Erbgleichheitsdiagnose; Wiener anthropologisches Universitätsinstitut (Vorstand: Prof. Dr. *J. Weninger*)[1].

Jahr	Hilde	Herta
1900	Zuerst geboren	Zweitgeborene
	Geburtsgewichte:	
	1810 g	2120 g
1908	Eintritt in die Volksschule (vorher Privatunterricht)	
1911	Eintritt ins Realgymnasium	
1912	Erste Berufswünsche	
1914	Verschiedene Kleidung	
1915	Schulwechsel	
1915	Lymphdrüsentuberkulose (?)	gesund
1919	Matura, dann Ferienkolonie und Studienbeginn	
1919/20	Biologiestudium und Büroarbeit	
	während des ganzen Studiums Büroarbeit	gibt den Nebenberuf nach wenigen Monaten auf
1923	— — — — —	Promotion
1924 (Nov.)	Promotion	Lehramtsprüfung
1924/25	wieder Büro	Englandreise
1925 (Frühjahr)	— — — — —	erste Krankheitserscheinungen (Lymphogranulom)
1925/26		Probejahr, dann
1926	Bekanntschaft mit der Anthroposophie	Lehrberuf
1928—1930	Krankenpflege	,,
1930—1932	Bakteriologie	,,
1932 (Sept.)	Heirat	Schwerer Lymphogranulomschub, Beruf aufgegeben

[1]) Ich bin Herrn Prof. Dr. *J. Weninger* und seinen Mitarbeitern für die Eineiigkeitsdiagnose, den Herren Prof. Dr. *E. Rüdin* und Privatdozent Dr. *H. Luxenburger* für ihre freundliche Unterstützung zu ganz besonderem Dank verpflichtet, ebenso Herrn Dr. *E. Wexberg*, der mir die Ergebnisse einer etwa einstündigen Unterredung mit dem Zwilling Herta zur Verfügung stellte.

Jahr	Hilde	Herta
1932 (Nov.)		Beginn unserer Arbeit
1932 (Dez.)	nach Rußland	— — — — —
1933 (Juli)	aus Rußland zurück	— — — — —
1933 (Okt.)		beginnt Privatstunden zu geben
1933 (Okt.)		Ende unserer Zusammenarbeit.

Kindheit.

Die jetzt 33jährigen Zwillingsschwestern sind die einzigen Kinder der Familie. Die Mutter hat nach der Entbindung nur Hilde allein ernährt, für Herta hatte sie eine Amme und sie selbst hat das so gedeutet, als ob dadurch eine besondere Beziehung zwischen Hilde und ihr entstanden wäre, als stände ihr Hilde noch näher, während Herta sich etwas mehr an den Vater anschloß. Beide Eltern bemühten sich, wie die Mutter erzählt, jedes Kind als Individuum, »nach seiner besonderen Art und Anlage« (!) zu erziehen, die seelischen Unterschiede zwischen den Zwillingen eher zu unterstreichen als zu verwischen.

Die charakteristischsten Stellen des Tagebuches, das der Vater über die ersten Lebensjahre seiner Kinder schrieb:

$1^1/_2$ Monate alt: »Hilde scheint die sanftere, gutmütigere und strebsamere, Herta die wildere zu werden. Beim Weinen sieht Hilde sehr traurig drein, Herta aber zornig.«

$^1/_2$ Jahr: »Hilde sieht immer noch blässer aus, sie ist weniger lebhaft und ganz entschieden weniger vorgeschritten als Herta... sie ist sehr sanft.«

$1^3/_4$ Jahre: »Herta behandelt Hilde, als ob Hilde die Jüngere wäre, sie sorgt um sie; Hilde will sie aber nicht, denn sie fürchtet sich vor ihr, und Herta macht alles auf recht rohe Art, sie will bei der Hand nehmen und führen, stößt sie aber dabei... sie hofmeistert Hilde.«

$2^1/_2$ Jahre: »Hilde ist zu sanft, zu engelhaft, um ihr etwas abzuschlagen.« — »Auf dem Boden liegen Brösel einer Bäckerei. Herta tritt darauf herum, daß es kracht. Hilde holte ein kleines Beserl zum Zusammenkehren. Herta hilft ihr dabei, indem sie ein Papier dazu bringt.«

$3^3/_4$ Jahre: »Bin ich bös mit Herta, so nimmt sie, ohne ein Wort zu reden, mich fest am Hals und gibt mir einen festen Kuß.«

$4^3/_4$ Jahre: »Ich erzählte den Kindern von der bösen Stiefmutter, die ihre Kinder haut. Hilde sagte: 'Aber wenn mich die Stiefmutter hauen möchte, so möchte ich sie sehr lieb haben, damit sie mich auch lieb haben muß.'«

$4^3/_4$ Jahre: Hilde: »Aber Mama, wie geht diese Straße wirklich, bergauf oder bergab? ... Hilde: »Was wird das Letzte sein, Winter oder Sommer?« (Herta berichtet dazu, daß solche Fragen hauptsächlich von Hilde, weniger von ihr selbst gestellt wurden.)

7 Jahre: »Hilde hat eine große Energie in allem; sie bekommt jetzt manchmal einen Kreuzer fürs Geradehalten; sie hält sich über-

trieben gerade und fragt während des Spazierganges wiederholt: Papa, halt ich mich gut? — wobei sie sich kaum getraut, den Kopf zu bewegen.«

»Herta bekommt für ihren Mut beim Zahnarzt ein kleines Geschenk; Hilde erwähnt mit keinem Wort, daß sie sich ähnliches wünschen möchte.« (Anmerkung: Hilde wird also vom Vater auch dann verstanden, wenn sie wortlos, sozusagen passiv bittet.)

$7^1/_4$ Jahre: »Herta ärgert sich, wenn davon die Rede ist, daß Hilde eigentlich die Ältere ist; sie sagt: 'Wegen dieser dummen halben Stunde'.« (Herta berichtet dazu, daß Hilde ihre Erstgeburt niemals ausdrücklich betont hat.)

$7^1/_2$ Jahre: »Hilde ist peinlich ordentlich ... in pedantischer Ordnung. Herta ist nicht so ordentlich, aber rascher.«

Im kleinkindlichen Trotzalter machte Hilde mehr Schwierigkeiten.

Bei Meinungsverschiedenheiten der Eltern war die kleine Hilde das »Advokaterl«, das die Mutter gegen den Vater verteidigte. Streitigkeiten zwischen den Geschwistern wurden nur symbolisch ausgetragen: die eine sagte: »Ich beutle auf dich« — und winkte mit dem Taschentuch in Richtung auf den Gegner; das genügte, um die andere zum Weinen zu bringen. Oder man zeigte einander die Krallen, ohne sie zu benutzen.

Von 1901—1906 lebte die Familie in einer Kleinstadt; als die Kinder sechs Jahre alt waren, übersiedelten sie nach Wien. Dort unterrichtete die Mutter ihre Kinder in den ersten Jahren ganz selbständig, weil die Eltern, besonders der Vater, ansteckende Krankheiten in der Volksschule fürchteten. Dadurch wird es verständlich, daß die Zwillinge eigentlich etwas isoliert lebten, ohne viel gleichalterige Spielkameraden. Herta berichtet, sie wären trotz ihrer Zweiheit doch eigentlich aufgewachsen wie ein einziges Kind: »Wir hätten noch einen Bruder haben sollen!« — Weitere Kindheitserinnerungen: Herta erkrankte mit neun Jahren an Scharlach, während Hilde diesmal gesund blieb. Dabei mußten ihr die Haare kurz geschnitten werden; sie war darauf im Spiel ein Prinz, der ein armes Mädchen, das sich im Wald verirrt hatte (die langhaarige Hilde), erlösen mußte.

Mit neun Jahren kamen die Zwillinge endlich in eine öffentliche Schule. Von dieser Zeit ab hatte die Mutter das Gefühl, ihren Kindern nicht mehr so unbedingt nötig zu sein; ihr Arbeitsfeld war dann weniger die Familie als die Frauenbewegung und die Politik.

1911 fing Herta nach längerer Pause wieder an mit einer Puppe zu spielen. Sie nahm das sehr ernst, meinte fast, die Puppe lebte wirklich. Hilde sah auf dieses Spiel etwas herab, fand es »kindisch«. — Mit 11 Jahren traten die Zwillinge in ein Realgymnasium ein. Die Mutter freute sich, daß ihre Kinder, die ihr vorher beide zu ernst waren, hier fröhlicher und kindlicher wurden. Die neuen Lehrer konnten sie nur nach ihren Sitzplätzen unterscheiden; die Zwillinge haben trotzdem nur selten die Plätze vertauscht. Auch sonst wurden sie während der Schulzeit nur mehr von den Fernstehenden verwechselt und die Zwillinge ärgerten sich, wenn man sich nur so oberflächlich mit ihnen beschäftigte, daß man sie verwechselte; immerhin belustigte sie die Verwechslung auch, aber im ganzen war ihnen ihr Doppelgängertum mehr unangenehm als angenehm.

Der Temperamentsunterschied der Zwillinge war von jeher auffallend und besteht, obwohl in allen Einzelheiten verändert, im Grunde jetzt noch genau so wie früher: Herta begriff und ergriff als Kind alles schneller, lebhaft aktiv gerade in praktischen Dingen, Hilde dagegen war langsam, gründlich, nachdenklich.

Herta: »Meine Schwester war immer körperlich schwächer als ich; sie war stiller, zurückhaltender und von Anfang an in jeder Beziehung zurückgesetzt. Immer drängte ich mich vor, ich sprach für uns beide, gab sogar für sie Antwort, wenn sie etwas gefragt wurde. Ich war immer lustig, offenherzig und allgemein beliebt; meine Schwester gefiel zwar in ihrer sanften, ruhigen Verschlossenheit sicher auch allen Menschen, manchen sogar noch mehr als ich (sie galt als die Hübschere von uns beiden), aber sie selbst merkte es nicht und hatte immer das Bewußtsein der Zurücksetzung. — Auch die Eltern konnten daran nichts ändern, wenn sie auch sehr bemüht waren, ihre Leistungen und Fähigkeiten immer hervorzuheben (sie lernte, ebenso wie ich, alles mit großer Leichtigkeit, wußte aber ihre Kenntnisse nicht so gut zur Geltung zu bringen). — Es scheint mir, als ob sich das Ganze auch bei verschieden alten Geschwistern — meine Schwester in der Rolle der Jüngeren — hätte abspielen können.«

Notiz über den äußeren Eindruck.

Herta hat den von Geburt an bestehenden körperlichen Entwicklungsvorsprung durch ihr ganzes Leben (zumindest bis vor kurzem) beibehalten; sie ist kräftiger als Hilde, allerdings auch nicht sehr kräftig, sondern eher grazil gebaut. Daß sie sich als »robuster« bezeichnet, versteht man nur, wenn man beide zusammen sieht. Bei meinen Besuchen machte mir Herta oft den Eindruck eines ganz gesunden Menschen, besonders als ich sie, unmittelbar nach Hildes Rückkehr aus Rußland, neben ihrer extrem unterernährten Schwester sah. Ohne genaue Kenntnis hätte jeder damals das Lymphogranulom bei Hilde, nicht bei Herta gesucht. Im anthropologischen Befund, den die Zwillinge nach einem vierwöchigen Erholungsurlaub aufnehmen ließen, kommen diese Differenzen allerdings nicht mehr zur Geltung. — Nur zeitweise wurden die Krankheitszeichen bei Herta auffälliger, wenn sie auch während des einen Jahres, in dem wir zusammen arbeiteten, selten bettlägerig war.

Es scheint mir, als ob der Gesamteindruck von Herta, den der Leser nach dem im folgenden wiedergegebenen Teil unserer Gespräche haben muß, zu dunkel sein würde. Ihre trotz allem immer wieder durchbrechende Heiterkeit, ihre Bereitschaft, an der Sache durch ein ganzes Jahr mitzuarbeiten, die Offenherzigkeit, mit der sie auch gerade Ungünstiges von sich selbst berichtet: alle diese positiven Seiten ihres Wesens kommen im folgenden eigentlich zu wenig zu Wort; z. B. Hertas Stimmklang könnte eine richtigere Gesamtvorstellung geben.

Die Eltern verwechseln die Stimmen der Zwillinge (wenn sie sie nicht gleichzeitig sehen) manchmal noch heute. Trotzdem hört man mit einiger

Mühe Unterschiede heraus, die sich allerdings nur andeutungsweise umschreiben lassen: Hilde spricht meist leise, sehr ruhig und gleichmäßig; Herta ist im Gespräch nur ganz selten, für Augenblicke, so ernst wie Hilde. Auch Dinge, die sie innerlich sehr beschäftigen oder sogar belasten, trägt sie lebhaft, mit einem heiteren Grundton vor. Gerade ein möglichst wörtliches Gesprächsprotokoll, das nur festhält, was — und nicht, wie man spricht, würde deshalb der Wirklichkeit vielleicht noch weniger nahekommen als ein Bericht wie dieser, den beide Gesprächspartner gemeinsam überarbeitet haben.

Weil die Zwillinge im Sprechen einander weit ähnlicher sind als sonst im Äußeren und weil andererseits fast unerwartet viel von beiden Menschen sich in ihrer Stimme ausdrückt, macht es auf den Zuhörer einen starken Eindruck, hier sozusagen auf gleichen Instrumenten und in der gleichen Tonart zwei so verschiedene Melodien zu hören.

Elternhaus.

Für beide Eltern spielen ethische Forderungen, Prinzipien, Jdeale eine außergewöhnlich große Rolle. Doch trotz gewissenhafter Pflichterfüllung, trotz mancher großen Erfolge, trotzdem beide die Ideen, für die sie zu leben versuchen, an vielen Stellen verwirklicht haben, sind beide im letzten unbefriedigte Menschen.

Der Vater, ein großer, magerer, sehr beweglicher Mann von 61 Jahren, hat Astronomie, Mathematik, Physik studiert und wurde dann Lehrer an einer Oberrealschule. — Er selbst war durch eine harte Erziehung gegangen; später sah er seine Hauptaufgabe darin, die fortschrittlichen pädagogischen Ideen seiner Generation praktisch anzuwenden und besonders seine eigenen Kinder zu Musterbeispielen guter Pädagogik zu machen. — Seine Weltanschauung, die sich auf einen Monismus im Sinne Haeckels gründet, hat er ausgezeichnet durchdacht; er ist ein strenger, beherrschter, manchmal beinahe starr erscheinender Charakter, doch innerlich ein weicher Mensch, dem der lebendige Kontakt mit der Wirklichkeit trotz aller Bemühungen nur teilweise gelang. — Ein Vortrag, den er in einem kleinen Kreise über die mathematischen und sinnesphysiologischen Grundlagen der Raum- und Zeitvorstellung hielt, bot mir Gelegenheit, sein — auch für Menschen seines Standes ungewöhnlich großes — Wissen kennen zu lernen. Er hat es wohl bis heute nicht verwunden, daß sein Lebenswunsch, eine rein wissenschaftliche Tätigkeit, sich ihm nicht erfüllte, und all seine späteren Erfolge, besonders auf pädagogischem Gebiet, konnten ihn niemals ganz befriedigen.

Herta erzählt: »Mein Vater tut nichts so gern, als im engsten Familienkreise sitzen und studieren; vor Wissenschaft und Familie treten für ihn alle anderen Interessen zurück.«

Mit seinen Kindern beschäftigte sich der Vater sehr viel und eingehend, zu manchen Zeiten noch mehr als die Mutter. Auf langen Spaziergängen versuchte er ihnen seine Weltanschauung und seine Prinzipien aufzuprägen.

Herta hatte immer eine stärkere Beziehung zum Vater als zur Mutter. Sie berichtet:

»Bei anderen Menschen, auch bei meiner Mutter, ist es leichter, sie

unter einen Typus einzureihen; bei meinem Vater geht das nicht — er ist eigentlich viel zu sehr ein ungewöhnlicher, besonderer Mensch.«

»Meine Mutter ist eine leidenschaftlich freiheitsliebende Kämpfernatur aus der Generation der Frauenbewegung. Ihr ganzes Leben war eine Auflehnung gegen Konvention, Lüge, Vorurteile und Unfreiheit jeder Art. Dabei hat sie doch zugleich eine sehr weibliche Veranlagung, so daß ihre Gefühle als Gattin und Mutter oft in Konflikt standen mit ihrem nach außen gerichteten Leben und ihrer politischen Tätigkeit. — Sie ist eine sehr starke Persönlichkeit und nahm besonders früher in der Familie die größte Aufmerksamkeit für sich in Anspruch.«

»Wir beide, meine Zwillingsschwester und ich, stellen, mit meiner Mutter verglichen, einen ziemlich entgegengesetzten Frauentypus vor. Während meine Mutter entschlossen im Auftreten, fast schroff und oft unduldsam ist und Adlers 'männlichen Protest' in hohem Grade zeigt, sind wir im Auftreten sanft, eher schüchtern, nachgiebig, anpassungsfähig und mehr zur Unterordnung bereit. — Wir sind auch, mit unseren Eltern verglichen, nicht 'eingeschworen' auf bestimmte Prinzipien und Richtungen, geschweige denn fanatisch, sondern toleranter gegenüber fremden Ansichten.«

»Auch die Erziehung zum Beruf und die akademische Bildung haben aus uns keine 'emanzipierten' Frauen zu machen vermocht.«

Herta war nur einmal längere Zeit von den Eltern getrennt; ihr ganzes Leben bis jetzt wäre eigentlich nicht denkbar ohne solch eine wärmende Umgebung, die ihr alle Sorgen, alle praktisch schwierigen Dinge abnimmt oder wenigstens erleichtert. Dieses Verhältnis zu den Eltern werden die geringen Meinungsverschiedenheiten nie ernsthaft stören können, selbst wenn sie ungelöst, verborgen weiterwirken.

Mit dem Gefühl, dem Leben nicht ganz gewachsen zu sein, sucht Herta bisher vergeblich den Weg zum selbständigen Handeln, während Hilde auf dem Umweg über eine viel weitergehende Entfremdung vom Elternhaus sich mühsam ein herzliches Verhältnis zu den Eltern und innere Freiheit erarbeitete.

Herta: »Es kommt mir vor, als wäre ich etwas kindlicher als andere Leute. Es findet sich überall ein Mensch, der das Bedürfnis hat, mich zu 'bemuttern', die Verantwortung mir abzunehmen. In meinem Alter müßte ich doch eigentlich vieles selbständiger entscheiden. Statt dessen kümmere ich mich oft wenig um das Nötige und lasse mehr die Eltern sorgen.«

»Sie haben einmal gesagt, daß zu Hause irgendwie ein Druck auf Ihnen liegt; von wem geht dieser Druck aus? Vielleicht von Ihrer Schwester?«

Herta: »Nein, nicht von Hilde, höchstens vom Vater. Er ist immer so pessimistisch. — Wenn ich zu Hause bin, fühle ich mich manchmal von seiner freudlosen Lebensauffassung bedrückt, habe so viel Mitleid mit ihm und das Bewußtsein der Verpflichtung, ihm zu helfen und für ihn zu sorgen; aber wenn ich dann fort bin, fühle ich mich ganz egoistisch befreit.«

»Waren Sie viel in Gesellschaften? Haben Sie gerne getanzt?«

»Meine Eltern hielten nichts vom Tanzen; wir haben es auch später nicht gelernt, weil die Eltern dagegen waren. Deshalb hatten wir keine Übung, uns in Gesellschaften zu bewegen und haben uns die wenigen Male,

wo wir so etwas mitmachten, natürlich nicht wohlgefühlt. Aber es kann schon sein, daß wir beide Freude daran gehabt hätten.«

»Haben Sie oder hat Ihre Schwester protestiert, als die Eltern Ihnen das Tanzen verboten?«

»Meine Eltern haben es nicht verboten. Papa hat oft gesagt — auch bei anderen Gelegenheiten —: 'Tut nur, was Ihr wollt', — aber wir wußten dabei, wie er über die Sache dachte.«

Von ganz seltenen Ausnahmefällen abgesehen, hat sich Herta niemals gegen die Meinung des Vaters aufgelehnt, auch dann nicht, wenn sie anders dachte als er.

Als Herta einmal über ihre Unsicherheit in ihrem Lehrberuf berichtete, fragte ich:

»Fühlen Sie sich nicht ebenso sicher wie Ihr Vater? Er ist ja auch Lehrer.«

»Mein Vater ist mehr Autorität für die Kinder; er fühlt sich wohl manchmal Erwachsenen gegenüber unsicher, — vor seinen Schülern nie. Bei mir ist das eher umgekehrt: mir fällt es leichter, mit Erwachsenen zu sprechen und zu arbeiten als mit Kindern.«

»Wie dachte Ihr Vater über Ihre pädagogischen Schwierigkeiten?«

»Er hat zunächst sehr lange gemeint, ich könnte gut unterrichten — er hat es gar nicht glauben wollen, daß ich es nicht kann, weil er sich so gewünscht hätte, daß ich eine gute Lehrerin geworden wäre. Aber als er es endlich einsehen mußte, da meinte er wohl, es wäre für mich besser, einen anderen Beruf zu haben, als schlecht zu unterrichten.«

Die beiden Schwestern haben offenbar das Gefühl gehabt, das bei Kindern erfolgreicher Menschen so häufig ist: die Eltern nicht erreichen zu können gerade auf den Gebieten, auf denen diese besondere Begabung gezeigt hatten.

»Wir beide, Hilde und ich, haben uns nicht für geeignet gehalten, auf irgend einem Posten zu stehen, wo man befehlen muß und viel Verantwortung zu tragen hat.«

»Also nicht nach außen führend, wie Ihre Mutter?«

»Ja!«

Beide Eltern sind sehr musikalisch, spielen selbst oft und legten großen Wert auf musikalische Ausbildung.

Herta: »Wir machten aber keine großen Fortschritte. Wir hätten gern gut Klavier gespielt und besonders gern gut gesungen, haben nur nicht geglaubt, daß wir es jemals gut zustandebringen würden.«

»Wann ist Ihnen zum ersten Male der Gedanke aufgetaucht, für welche Lebensaufgabe Sie da sein könnten?«

Herta: »Wir hatten mit 12 Jahren eine Naturgeschichtslehrerin, die wir beide sehr liebten und die auch uns gerne hatte. Sie trug z. B. in der Stunde komplizierte entwicklungsgeschichtliche Theorien und Vorgänge vor, die von der ganzen Schulklasse eigentlich nur wir verstanden. Damals haben wir uns besonders für Naturwissenschaften interessiert und haben uns vorgenommen, das später zu studieren. Es wurde dann aber ein sachliches Interesse, auch ganz unabhängig von der Lehrerin.«

»War das vielleicht vom Vater noch mehr beeinflußt als von der Lehrerin?«

»Das kann sein.«



Aus einem Brief von Hilde an Herta, einige Monate nach Hildes Eintritt ins Krankenhaus (1929): »... Ich habe eigentlich immer die Absicht, mir irgend eine Einteilung zu machen, so daß ich z. B. jeden Tag in der Frühe vor der Arbeit im Sanatorium etwas für mich selbst mache ... vor lauter Einteilen komme ich bis jetzt zu gar nichts Besonderem, so wie wir es ja so oft machen. In Wirklichkeit kommt es natürlich nur darauf an, daß man eben dauernd schnell und richtig arbeitet und zu jeder Zeit eben gerade das Richtige, Angemessene macht, ohne sich so viel darüber den Kopf zu zerbrechen.«

Als Herta diese Stelle vorliest, frage ich: »Hat Ihre Schwester das Prinzip der Tageseinteilung nicht von Ihrem Vater?«

»Ja, — nur führte er seinen Tag dann wirklich so durch, wie er ihn sich eingeteilt hatte; bei uns bleibt es eben oft beim Plan.«

Die Eltern hatten versucht, die beiden in einer bestimmten politischen Richtung zu erziehen; doch ist Hilde bis heute politisch wenig interessiert. Herta hat für Politik etwas mehr Interesse, ihre politische Meinung weicht von der der Eltern nur in Einzelheiten ab.

Die Zwillinge entwickelten sich in ihrer Kindheit wahrscheinlich ganz so, wie die Eltern wünschten. Allerdings fand Hilde bei ihnen vielleicht etwas weniger Verständnis als Herta. — Für Hilde wurde die Situation in ihrem 15. Lebensjahr besonders schwierig. Damals wurden bei ihr tuberkulöse Lymphdrüsen festgestellt, während Herta gesund blieb. Hilde war zwar nicht bettlägerig, sah aber sehr schlecht aus, so daß die Eltern sich große Sorge machten und die durch die Krankheit hervorgerufene Appetitlosigkeit zu überwinden versuchten, indem sie zu verstärktem Essen drängten — ohne wesentlichen Erfolg. Hilde lehnte sich innerlich auf, antwortete auf Ermahnungen mit Schweigen.

»Hat Ihre Schwester in dieser Zeit sich auch z. B. in der Schule mehr aufgelehnt?«

Herta: »Äußerlich hat man sicher nicht viel davon gemerkt. Aber ich glaube schon, daß damals die Auflehnung durch ihr ganzes Leben ging.«

Auch als Hildes Krankheit vorüberging, blieb naturgemäß zunächst noch etwas von dieser gespannten Atmosphäre zurück. Dagegen war Herta unbekümmert fröhlich wie früher.

Herta: »Mein Vater hielt sehr auf Pünktlichkeit, und wir sind damals nicht selten unpünktlich nach Hause gekommen. Dadurch haben sich oft Reibungen ergeben. — Sonst hatte ich damals noch gar kein Bedürfnis nach Opposition.«

Herta begann erst vier Jahre später, mit 19 Jahren, sich von den Eltern loszulösen, und dieser sonst oft so schmerzvolle Prozeß hat sich bei ihr offenbar in einer besonders milden Form abgespielt:

»Es war kein offener Gegensatz zu den Eltern, aber ich fühlte mich innerlich unabhängig von ihnen und betonte gegenüber anderen Leuten, daß ich fähig wäre, meine Eltern ganz objektiv zu beurteilen. Ich habe zwar immer etwas Anlehnungsbedürfnis gehabt, aber von dieser Zeit angefangen fühlte ich das viel weniger meinen Eltern gegenüber als gegenüber anderen Freunden.«

1924/25 war Herta in England — übrigens das einzige Mal, daß sie längere Zeit von den Eltern getrennt lebte. Zur gleichen Zeit war im Eltern-

haus um den schwerkranken Großvater eine sehr sorgenvolle Atmosphäre entstanden.

»In England fühlte ich mich nach anfänglichen Schwierigkeiten so wohl, daß ich das Zuhause kaum entbehrte und wenig Lust hatte, zurückzukommen. — Viele Jahre vergingen dann, wo ich zwar in Wien bei den Eltern lebte, aber mein Verkehr mit Anderen immer viel wichtiger für mich war als der Einfluß der Eltern. Auch empfand ich es in dieser Zeit immer als wohltuend, wenn ich etwa in den Sommermonaten von meinen Eltern getrennt lebte. — Erst in der letzten Zeit (1932/33) bin ich durch meine Krankheit wieder viel mehr zu Hause. Das Verhältnis zu meinen Eltern ist dadurch herzlicher geworden. Meine Mutter fragt mich jetzt nicht selten um Rat, um meine Meinung und richtet sich dann häufig danach.«

Die Entfremdung vom Elternhaus, die bei Hilde erheblich weiter ging als bei Herta, erreichte bei beiden Schwestern ihren Höhepunkt etwa zur gleichen Zeit (ca. 1926). Hilde begann damals sich für Anthroposophie zu interessieren. So sehr das ihrem inneren Entwicklungsgesetz entsprach, lag doch darin auch eine spürbare Opposition gegen die übrige Familie, besonders gegen die antireligiös eingestellten Eltern. Es ist vielleicht kein Zufall, daß Hilde gerade auf den Gebieten Besonderes zu leisten versuchte, auf denen bisher niemand in der Familie Wesentliches geleistet hatte. Über diese Grenzen ging sie dann allmählich immer freier hinaus.

Hildes Loslösung von der Anthroposophie wurde zwar vom Elternhaus nicht beeinflußt, bedeutete aber doch gleichzeitig auch eine Auseinandersetzung mit der Familie; sie hat es jetzt sozusagen nicht mehr nötig, in Opposition zu den Eltern zu stehen. Und wirklich ist seitdem ihr Verhältnis zu ihnen immer herzlicher geworden.

»In den letzten Jahren nimmt Hilde manchmal mehr Rücksicht auf das Urteil der Eltern, als ich im gleichen Fall für gut halten würde. Sie hätte sich z. B. nicht für eine Ehe entschieden, ohne daß die Eltern damit einverstanden gewesen wären. — Sie läßt sich nicht mehr von ihnen helfen, sondern sie hilft ihnen; und doch hat sie dabei ein Gefühl der Dankbarkeit.«

Die Schwestern miteinander.

Ihr Urteil über die ganze Außenwelt bildeten die Zwillinge während der Kindheit und zum Teil auch noch länger meist gemeinsam, so daß jede ihrer Meinung erst dann sicher war, wenn sie wußte, daß die andere das gleiche dachte. Ähnlich im Gefühlsmäßigen, in Freude und Traurigkeit: »wir rissen uns gegenseitig mit«, sagt Herta.

Eine kleine Tagebuchnotiz des Vaters zeigt, wie das »Spiegelbildsein« sich im Zwillingsleben auswirkt: »$4^1/_4$ Jahre: Schon längere Zeit spielen die Kinder, daß sie unsere Mamas sind. Beide nennen sich Frau Lila.«

Fast 30 Jahre später schreibt Hilde an Herta (Anführungszeichen wie im Original): ..... Ich möchte gerne wissen, wie Deine Wasserwellen aussehen und bin schon neugierig, ob Du dabei bleiben wirst »So sind wir doch gar nicht!« Da wirst Du ja ganz anders aussehen, als »wir« immer ausgesehen haben, nicht?

Herta ist übrigens nicht bei den Wasserwellen geblieben.

Herta: »Manchmal geschieht es auch jetzt (1933) noch, daß ich, z. B. bei schwierigen, finanziellen Entscheidungen unwillkürlich sage: 'das können

wir doch nicht' oder ähnlich und dabei einen Augenblick lang vergesse, daß wir beide jetzt ganz verschieden zu der betreffenden Sache stehen, daß z. B. meine Schwester durch ihre lange Bürotätigkeit mehr Erfahrung in Geldangelegenheiten hat als ich.«

Mit 15 Jahren versuchten die Zwillinge zum erstenmal sich von der Last dieses »Wir«-Ideals zu befreien. Damals war Herta mit einer Schulkollegin befreundet, während Hilde diese Freundschaft ablehnte. Bei Hilde riefen die Sorgen der Eltern um ihre Gesundheit einen Gegensatz zum Elternhaus hervor, — bei Herta bestand damals kein Grund dazu. — Die Zwillinge wollten sich jetzt verschieden kleiden, die Gleichheit kam ihnen kindisch vor. Herta erzählte wohl noch alles, was sie erlebte, der Hilde, aber nicht mehr umgekehrt Hilde der Herta (erst sehr viel später, mit ungefähr 20 Jahren, fing auch Herta an, ihrer Schwester nicht mehr alles zu erzählen).

Herta: »Hilde war früher immer sehr gehemmt in ihren Beziehungen mit anderen Menschen und sie selbst hat das manchmal so betrachtet, als ob ich die Brücke wäre zwischen ihr und den andern.«

»Es war allerdings auffallend häufig so, daß Ihre Schwester Beziehungen erweiterte und vertiefte, die zunächst Sie angeknüpft hatten. Aber hatte sie nicht auch Freundschaften ganz unabhängig von Ihnen?«

»Ich meinte das nicht so, als ob ich immer hätte dabei sein müssen. Aber wenn wir nach längerer Trennung wieder voreinander standen, dann waren wir immer beide so erschüttert; meine Schwester weint dann auch leicht. Sonst kommt es sehr selten vor, daß sie sich so ganz von einem Gefühl überwältigen läßt. Es war ihr dann immer so, — ich glaube, ich verstehe das ganz gut bei ihr — als ob sie plötzlich auftaut; sie entdeckt sozusagen, daß man es auch anders machen kann im Verkehr mit Menschen, daß man auch offener, weniger kompliziert sein kann. Vielleicht hing sie deshalb so sehr an mir.«

»Ist das Wiedersehen auch für Sie solch eine Entdeckung?«

»Es ist dabei fast so, als ob ich vorher vergessen hätte, daß es einen Menschen gibt, der mir so ähnlich sieht und mir innerlich so verwandt ist, und als ob ich mich nun plötzlich wieder daran erinnerte. — Manchmal kam ich mir fast hartherzig vor, wenn ich merkte, daß sie ein viel stärkeres Bedürfnis nach mir hatte, als ich nach ihr. Das war übrigens auch noch im vorigen Herbst (1932) so; erst dadurch, daß sie in Rußland war, ist sie unabhängiger geworden. — Bei mir hat sich das eigentlich nicht wesentlich geändert. Wenn meine Schwester da ist, bedeutet das für mich irgendwie eine Belastung; ich fühle mich dann immer verpflichtet, für sie zu sorgen. Wenn Hilde irgendwo anders wohnen würde, und ich wüßte, daß es ihr und ihrem Mann dort gut geht, — dann fiele es mir vielleicht weniger schwer, mein eigenes Leben zu führen. — Dabei ist unser Verhältnis durch all die Jahre ganz unverändert so herzlich, daß ich mir gar keine Steigerung vorstellen könnte. Wenn wir einander nicht gern hätten, müßten wir uns selbst auch nicht gefallen. Es gibt ja Leute, die sich selbst nicht gern im Spiegel sehen. — Das Ganze sieht beinahe aus wie ein Widerspruch: aber unsere Zwillingsschaft leidet nie darunter, wenn das Zusammenleben für uns eine Last ist, — nur wir selber haben gelitten.«

»Haben Sie schon einmal das Gefühl der Einsamkeit gehabt? — Ich

meine das unabhängig von der räumlichen Trennung. Man kann ja auch allein sein und sich doch nicht einsam fühlen.«

»Ja — schon früher ging unsere Verbundenheit nicht so weit, daß wir uns nicht auch einsam gefühlt hätten, selbst manchmal, wenn wir zusammen waren. Jede hat eben doch ihr eigenes Leben. — Aber auch wenn meine Schwester fort ist, fühle ich mich einsam und habe das Bedürfnis, mit ihr zu sprechen. Als Hilde von Wien fort war, war ich mehrmals einige Wochen bei ihr, und sie kam auch in ihren Ferien nach Hause. — Ich weiß nicht, ob es so etwas wie eine Entfremdung zwischen uns überhaupt gegeben hat. Das Unterscheidende, was bei uns anders ist als bei anderen Menschen, ist doch gerade, daß unser Verhältnis so stabil ist. Wenn ich sehr lange Briefe an meine Schwester schreibe, sagt mein Vater oft, ich wollte mich wohl bei ihr einschmeicheln; da merke ich, er versteht gar nicht, daß es so etwas bei uns gar nicht geben kann, weil wir einander so sicher sind.«

»Sieht es vielleicht nur jetzt so aus, daß es so etwas gar nicht geben kann; war es nicht doch einmal so, daß Sie einander neu entdeckt haben?«

»Eigentlich nicht. Es gab schon Wellen von Entfremdung und dann wieder Neubelebung unseres Verhältnisses — aber das war wohl nur so an der Oberfläche. Allerdings gibt es Zeiten, wo man so etwas Selbstverständliches weniger schätzt als eine Freundschaft, die man sich immer wieder neu erringen muß.«

»Hat es nie wirkliche Verständnislosigkeit zwischen Ihnen gegeben?«

»Es kam manchmal vor, daß eine die andere wohl verstand, aber den Weg, den die andere ging, für einen Irrweg hielt, und dann war die gegenseitige Ablehnung stärker als sonst bei anderen Menschen; die eine versuchte in der anderen Leben einzugreifen, — es hat aber nichts genutzt, jede mußte doch selber einsehen, was richtig und was falsch ist.«

»Wer hat mehr in das Leben der anderen eingreifen wollen, Sie oder Ihre Schwester?«

»Beides ist vorgekommen, — daß ich Hilde zu etwas drängen wollte und umgekehrt.«

»Läßt sich ein gemeinsamer Anlaß finden für die Male, wo so etwas vorkam?«

»Eigentlich nicht.«

»Ich denke mir das ganz allgemein: hatten Sie in solchen Situationen das Gefühl, daß Ihre Schwester sich seelisch zu weit von Ihnen entfernt? — daß Sie in Gefahr sind, einander fremd zu werden? Oder glaubten Sie, daß das, was Ihre Schwester tut, wirklich nicht richtig ist, ganz abgesehen von Ihrer Zwillingsschaft?«

»Ich hatte schon das Gefühl, daß sie mir zu fremd wird; aber nein, es war wirklich auch für sie nicht das Richtige, — — so weit ich das, von mir aus gesehen, beurteilen konnte.«

»Ist es vielleicht so: Wenn die eine solch eine Sache tut, dann wehrt sich die andere, die das für falsch hält, dagegen, als ob sie selbst gezwungen werden sollte, das gleiche zu tun?«

»Ja, genau so ist es. — Ich habe mir in der letzten Zeit öfters überlegt, ob die Zeit im Sanatorium wirklich so ungesund für Hilde war, wie ich es damals glaubte, als ich sie zurückholen wollte. Ich konnte sie mir damals als Krankenpflegerin gar nicht vorstellen, ich konnte das nicht verstehen.«

»Rückte sie Ihnen dadurch ferner, als jetzt durch die Heirat und das Auswandern nach Rußland?«

»Bestimmt! — Fremd war sie mir ja eigentlich nur, wenn sie sich z. B. mit der Anthroposophie intensiv beschäftigte, die ich so abstoßend fand. Sie tut das übrigens schon seit einigen Jahren nicht mehr — aber ihre religiöse Auffassung kommt mir auch heute noch manchmal ganz sonderbar vor. — Daß wir äußerlich getrennt leben, stört mich viel weniger, weil ich weiß, daß wir doch miteinander verbunden sind.«

»Wie hat Ihnen Ihre Schwester die Anthroposophie dargestellt? Hat sie versucht, Sie auch dafür zu gewinnen?«

»Wir haben eigentlich gar nicht so sehr viel darüber gesprochen. Höchstens, daß sie mir z. B. als ich sie im Sanatorium besuchte, gesagt hat: 'Dieses Buch würde Dir sicher gefallen.' — Es ist auch schon vorgekommen, daß sie anfing davon zu reden; aber meist sprachen wir doch nur darüber, wenn ich sie etwas fragte. Jedenfalls haben wir nie darüber diskutiert. — Sie hat sich schon sehr gefreut, als sie merkte, daß ich mich auch dafür interessierte, sie hat damals gern wollen, daß ich die Sache näher kennen lerne.«

Hilde hat einmal gesagt, daß Herta und sie zusammen wie ein gemeinsamer Organismus seien, daß die eine etwas von ihrem Inneren hergeben müßte, damit es der anderen Schwester gut geht. Sie empfindet es als paradox, fast wie ein Unrecht gegenüber der Schwester, daß sie jetzt gesund, Herta krank ist.

Aus einer Unterhaltung mit beiden Zwillingen:

Hilde: »Ich habe früher immer irgendwie unter einem Druck gestanden, ich habe immer geglaubt, daß meine Schwester begabter ist als ich, und vor allem: daß die anderen sie viel lieber haben als mich. — Ich habe von jeher versucht, mich von meiner Schwester freizumachen. — Ich war ja vor der Arbeit im Sanatorium nur kurz von zu Hause fort —«

Herta (unterbricht): »Aber die Ferienkolonie!«

Hilde: »Ja — aber da war ich ja noch mit Dir zusammen. — Die wenigen Male, wo ich irgendwo allein war, haben mir sehr viel geholfen, selbständig zu werden; allerdings war es mir auch wieder schwer.«

Bei den Worten: Ich habe von jeher versucht, mich von Herta freizumachen — hörte ich Hilde genau zu und merkte nichts irgendwie Agressives in ihrem Stimmklang; sie sprach ganz wie sonst. — Diese Befreiung muß ein Problem sein, das für sie jetzt nur noch eine geringe Rolle spielt; sonst hätte sie es nicht vor der Schwester selbst und vor mir, den sie nur wenig kannte, so ruhig und offen aussprechen können.

Herta: »Ich weiß nicht, wann Hildes Befreiungsversuche zum Ziel geführt haben, vielleicht erst in letzter Zeit vollständig.«

Herta betont mehrmals, daß ihre Schwester und sie einander ähnlicher geworden sind. Für viele wesentliche Charakterzüge trifft das zu: Hilde ist jetzt im ganzen heiterer, weniger problematisch; Herta hat an ursprünglicher Heiterkeit verloren, dabei an Problemeinsicht gewonnen. So scheinen sich von beiden Seiten her die früher so großen Unterschiede zu verringern. — Andererseits muß schon hier vorweggenommen werden, daß die Ähnlichkeiten vollständig verschwinden, wenn man nicht mehr die charakterologischen Grundlagen, sondern die Stellung und Richtung dieser Eigenschaften vergleicht. Dann werden die Unterschiede so groß, daß Herta

vor der anthropologischen Erbgleichheitsdiagnose von der »verschiedenen Anlage« sprach, die sie und ihre Schwester hätten.

Die Welt außerhalb der Familie; Freundschaften.

Herta berichtet: »Ich habe mich eigentlich am wohlsten gefühlt bei Freundinnen, die älter waren als ich und hatte auch nur für Männer Interesse, die wesentlich reifer und älter waren — ich habe immer »Autoritäten« gesucht. — Meine Schwester hatte viel mehr Beziehungen zu Menschen, die jünger waren als sie. — In dem Realgymnasium, das wir bis zum 15. Jahr besuchten, herrschte ein unaufrichtiger Ton; eine Schulkameradin, die unsere Klasse tyrannisierte, knüpfte eine Freundschaft mit mir an. Sie spielte ihre Freundinnen gegeneinander aus; ich hielt zu ihr und sie ließ sich von mir die Schularbeiten machen. — Hilde lehnte diese Art von Freundschaft von vornherein ab; nach einiger Zeit gab ich sie auch auf.«

»Haben Sie sich vielleicht deshalb mit ihr angefreundet, weil Ihre Schwester in dieser Zeit Ihnen fremder wurde und Sie einen Ersatz suchten?«

»Es war eher umgekehrt: weil ich die Beziehung zu dieser Schulkameradin nicht sofort abbrach, deshalb wurden meine Schwester und ich einander fremder — übrigens wohl zum erstenmal in unserem Leben.«

Aus äußerlichen Gründen wechselten die beiden mit 15 Jahren noch einmal die Schule. Sie kamen in eine Atmosphäre intensiver Arbeit, die ihnen gut gefiel, während sie sich in der vorhergehenden Schule auf die Dauer nicht wohlgefühlt und beide (aber Hilde sicher noch mehr) innerlich isoliert gelebt hatten. Hier lernten sie zum erstenmal wirkliche Kameradschaft kennen. Beide hatten anfangs die gleichen Freundinnen. Doch hatte bisher, wenn die Schwestern mit anderen zusammen waren, Herta meist den größten Teil des Gespräches allein für beide Zwillinge geführt; wenn sie es jetzt tat, suchten die Freundinnen sie zum Schweigen zu bringen, wollten wissen, was Hilde dachte usw. So besuchten sie von jetzt ab die gleichen Freundinnen zu verschiedenen Zeiten.

»Wie kam es, daß Ihre Mitschülerinnen erst damals auf Ihre Schwester sozusagen aufmerksam wurden? Zeigte sich die Eigenart Ihrer Schwester nicht schon vorher?«

Herta: »In der früheren Schulklasse war niemand, der dafür Verständnis gehabt hätte.«

In den oberen Schulklassen und auch noch etwas darüber hinaus waren beide gern beim Wandervogel. Mit 19 Jahren lebten sie während der Ferien einige Zeit in einem Jugendheim in den Alpen.

»Da waren meist ziemlich problematisch veranlagte Leute; es wurde sehr viel diskutiert — ich hatte so etwas das Gefühl, daß ich nicht recht dazu gehörte, und ich sah, wie Hilda »ganz drin« war und die anderen Leute verstand. — Ich glaube, das hing auch damit zusammen, daß Hilde sich meist für jüngere Menschen und ich mich für ältere interessierte. Die Burschen dort kamen mir alle so unreif vor. Sie waren zwar meist mit uns gleichaltrig, aber in der Zeit sind ja die Mädchen normalerweise weiter entwickelt. Ich hätte mich zu älteren Menschen vielleicht anders eingestellt. — Ich kannte damals einen um 18 Jahre älteren Mann; er hatte etwas Priesterliches in seinem Wesen, trotzdem er nicht Pfarrer war, und ich hatte das Bedürfnis zu ihm zu gehen und ihn zu fragen, wie ich leben

soll — die Verantwortung für mein Leben in seine Hände zu legen. Er hat aber vielleicht gar nicht gewußt, wie gern ich ihn habe — erst einige Zeit später habe ich ihn in einem Brief ähnliches gefragt.«

Wenn Herta mit einem Mann befreundet war, hatte sie für alle ihre übrigen Bekanntschaften meist wenig Interesse; Hilde war nie so ausschließlich befreundet, hatte immer gleichzeitig auch gute Freundinnen.

Herta: »Für uns beide waren die ersten Universitätsjahre ziemlich einsam. Wir setzten nur einige Freundschaften aus der Schule fort. Erst mit 22 Jahren fanden wir gute Freunde.«

1924/25 war Herta in England. Anfangs lebte sie dort ziemlich einsam; später lernte sie eine Reihe von Menschen kennen, mit denen sie auch größere Ausflüge machte, sie wurde oft eingeladen und fühlte sich überhaupt sehr wohl.

Mit etwa 26 Jahren lernt Herta einen Anthroposophen kennen; erst auf diesem Wege findet Hilde die Beziehung zur Anthroposophie. — 1932 heiratet Hilde; ihr Mann ist übrigens nicht Anthroposoph. Herta ist unverheiratet. — Beide haben jetzt einen ziemlich großen Bekanntenkreis.

Herta: »In den letzten Jahren (seit ca. 1926) gehen Hildes Freundschaften eigentlich tiefer als meine; ich habe nie eine enge Freundschaft gehabt, die wirklich dauerhaft war; ich weiß nicht, weshalb es so oft vorkommt, daß ich andere Leute so stehen lasse. Hilde hat zur Freundschaft, scheint mir, mehr Begabung als ich. — Es ergibt sich bei mir immer wieder, daß ich (schon rein äußerlich) mehr Geschenke empfange, als ich selbst gebe. Auch innerlich kann ich die viele Zuneigung von anderen Menschen verschiedenen Alters und Geschlechts oft nicht ganz verdienen, habe dann einerseits ein leichtes Schuldgefühl, befinde mich aber doch im Grunde recht wohl dabei. — In besonderen Fällen kann ich aber selbst das Äußerste an Neigung und Hingebung aufbringen, vielleicht gerade dann, wenn sie nicht genügend erwidert wird.«

Religiöse Fragen.

Die Eltern haben eine ausgesprochen antireligiöse Weltanschauung. Auch die Schwestern waren anfangs rein naturwissenschaftlich eingestellt. Bei Hilde änderte sich das, als sie ungefähr 20 Jahre alt war; sie hat damals Augustinus und andere religiöse Schriften gelesen. »Das hat mich zwar damals etwas geärgert«, erzählt Herta, »aber im Grunde war ich auch nicht einverstanden, wenn unser Vater abfällig über Religion sprach«.

Mit 26 Jahren lernte Hilde die Anthroposophie kennen; und eine Zeitlang hoffte sie, sie würde später einmal restlos damit einverstanden sein. Doch mußte sie sich trotz großer Bemühungen schließlich eingestehen, daß ihr eine solche restlose Zustimmung unmöglich sei.

Herta: »Hilde sagte einmal kurz vor ihrer Abreise (Herbst 1932), daß sie sich durch die schwere Aufgabe, die das Leben in Rußland für sie bedeutet, irgendwie geehrt fühlt. Ihre religiöse Einstellung — trotzdem sie sich damals von der Anthroposophie schon losgelöst hatte — ist mir dabei besonders aufgefallen. — Ich selbst habe vor 2—3 Jahren zum

erstenmal das Bedürfnis gespürt, mich mehr mit religiösen Dingen, mit Anthroposophie z. B. zu beschäftigen.«

»Und wie kam das?«

»Eine Ursache, vielleicht die wichtigste, war meine Krankheit. Gerade weil ich beim Kranksein irgendwie das Gefühl der Schuld hatte, wollte ich wissen, wie die Anthroposophie die Entstehung einer solchen Krankheit erklärt. Ich habe seitdem wohl manchmal anthroposophische Bücher gelesen, aber immer mit Unterbrechungen, wenn mich darin etwas sehr störte.«

Als ich frage, ob sich vielleicht in Hertas allmählicher Hinwendung zur Anthroposophie etwas anbahnt, was bei Hilde einige Zeit früher war — ob es denkbar ist, daß Herta sich ähnlich entwickeln wird wie ihre Schwester, nur etwas später — sagt Herta zunächst: »Ja« — entdeckt dann sozusagen erst, was sie da sagt, und wiederholt: »Ja — — denkbar schon.«

Eine Woche später kommt sie plötzlich auf dasselbe Thema zurück:

»Meinen Sie nicht, daß bei unseren Gesprächen etwas Falsches herauskommen kann?«

»??«

»Ja, letztesmal war der Gedanke, daß ich denselben Weg gehen könnte, wie meine Schwester, so etwas ganz Neues für mich; und jetzt glaube ich doch nicht, daß das richtig ist. Durch das anthroposophische Buch, das ich vor kurzem las, ist mir die Sache wieder auf längere Zeit sehr verleidet worden. Ich werde vorläufig bestimmt nichts davon lesen.«

Beruf.

Beide Schwestern studierten Naturwissenschaften. Hilde arbeitete während der ganzen Studienzeit in einem Büro. Herta fing, etwas später als Hilde, das Gleiche an, gab den Nebenberuf aber nach einigen Monaten wieder auf. Infolgedessen promovierte Hilde ein Jahr später als Herta, übrigens beide in dem gleichen Fach (Botanik).

Herta: »Die Dissertation hat Hilde viel mehr Mühe, allerdings auch mehr Freude gemacht als mir. Ich habe mir eine Arbeit geben lassen, die ich in einem Semester fertigschrieb; das Thema ließ mir wenig Bewegungsfreiheit und hat mich ziemlich geärgert.«

Beide hatten daran gedacht, nach dem Ende der Studienzeit wissenschaftlich weiterzuarbeiten. Aus äußeren Gründen war es nicht möglich. Deshalb hätten die Eltern es am liebsten gesehen, wenn beide Lehrerinnen geworden wären. Hildes Abneigung dagegen war so stark, daß sie umsattelte: sie arbeitete zunächst nur kaufmännisch weiter. Sie wollte sich damals eine Stellung suchen, bei der sie ihre Kenntnisse besser verwerten konnte, z. B. an einer Bibliothek. Die Büroarbeit war ursprünglich nur als provisorisch gedacht. — Herta machte die Lehramtsprüfung: Hauptfach Naturgeschichte (Botanik, Zoologie, Mineralogie), Nebenfächer Mathematik und Physik. Sie wurde dann, halb gegen ihren Willen, Lehrerin an einem Realgymnasium.

»Könnten Sie sich einen Beruf denken, der Sie so ganz ausfüllen würde, wie zeitweise die Krankenpflege Ihre Schwester?«

»Es würde mir wenig Freude machen, selbst Kranke zu pflegen; mein Ideal war eigentlich immer: Lehrerin sein, wirklich gut unterrichten können. Aber ich hatte nie das ganz sichere Gefühl, daß ich nun dafür da

bin — für das Lehren und Erziehen. Andere Leute begreifen oft gar nicht, warum mir das Unterrichten so schwer fällt, und viele trauen mir zu, daß ich gut verstehe mit Kindern umzugehen. Das gibt mir wieder etwas Mut, wenn ich manchmal das Gefühl habe, ich könnte es niemals gut genug zustandebringen. — Wenn ich in einer neuen Schulklasse anfange, gelingt es mir sehr gut. Die Lehrgegenstände selbst, das Erklären, der Verkehr mit den Schülerinnen — das alles macht mir große Freude. Die Kinder haben mich sehr gern; wenn sie einmal reden, ohne gefragt zu sein, stört mich's nicht, es ist mir sogar angenehm, daß es so lebendig zugeht.«

»Die Schulklasse würde sich leicht von mir lenken lassen, wenn ich auch nur ein Mindestmaß von Entschiedenheit und Strenge hätte. Aber wenn die Kinder einmal über das Ziel hinausschießen, wenn irgendwelche ernsteren Schwierigkeiten entstehen, bin ich nicht mehr fähig, Ordnung zu halten, trotzdem ich es immer wieder versucht habe. Im Grunde habe ich das Gefühl, ich kann es von den Kindern nicht verlangen, daß sie meinetwegen ruhig sind. Infolgedessen schwatzen sie immer mehr durcheinander. — Ich glaube, daß ich in vieler Hinsicht wirklich begabt bin für das Unterrichten, mehr noch als manche andere Lehrer, die keine Schwierigkeiten haben; doch alles scheitert an der krankhaften inneren Unsicherheit und Ängstlichkeit. Ich halte diese Schwäche geradezu für einen psychischen Defekt; ich habe mir schon seit mehreren Jahren oft überlegt, ob eine psychoanalytische Behandlung das nicht ändern könnte; es ist aber nie dazu gekommen.«

Und doch hielt Herta sieben Jahre im Lehrberuf aus. Ein Berufswechsel erschien ihr offenbar noch schwieriger, denn er hätte gefordert: zuerst eine folgenschwere Entscheidung, dann ein Preisgeben all des Schönen, was sie trotz der Schwierigkeiten in ihrer Arbeit fand, und schließlich das Stellungsuchen und Einarbeiten im neuen Beruf. — 1932 nahm ihr ein Lymphogranulom-Schub die Arbeit aus der Hand. 1933 sagt sie:

»Wenn ich jetzt einen Beruf hätte, für den ich geeignet bin, z. B. kunstgewerbliche Arbeiten, würde ich sie gern tun. Ich habe auch daran gedacht, mit einer Freundin zusammen ein Blumengeschäft zu führen; aber so etwas ist heute schwer anzufangen.« — Einige Wochen später: »Ich fühle jetzt wieder Kraft zum Arbeiten; fast möchte ich wieder Lehrerin sein. Jetzt, wo ich so lange aus dem Beruf fort bin, da erscheint einem alles in verklärtem Lichte; ich merke erst, wie ich doch ein Bedürfnis danach habe, und wie beim Lehrberuf vieles ist, was ich anderswo nie finden könnte.«

»Als ich etwa im Jahre 1922 oder 1923 mit einem guten Freunde über meine Berufswahl sprach, sagte ich einmal, ich würde beruflich nie viel leisten können und sei daher nichts wert. Er meinte aber ungefähr: »Man kann die Menschen doch nicht danach werten, was sie beruflich leisten; Kinder haben z. B. auch keinen Beruf, und niemand wird das als Fehler empfinden.« Bei mir sei es so ähnlich wie bei Kindern, man solle von mir keine Berufsarbeit verlangen. — Ich war damals sehr überrascht; meine Eltern hatten die berufliche Leistung immer — auch abgesehen von der materiellen Notwendigkeit — als moralisch notwendig betrachtet. Ich glaube auch jetzt noch, daß man von einer modernen Frau verlangen muß, daß sie beruflich etwas leisten kann, selbst, wenn sie keinen Beruf wirklich ausübt. Aber ich habe in letzter Zeit das Gefühl: mein Leben kann innerlich ausgefüllt sein, auch ohne regelmäßige Arbeit.«

Inzwischen hat Herta begonnen, Privatstunden zu geben.

»Das ist leichter als eine ganze Klasse unterrichten. Ich habe allerdings vorläufig nur wenige Schüler gefunden; aber selbst wenn ich viel Stunden geben könnte, käme es mir doch wie ein provisorischer Zustand vor; auf die Dauer wären diese Nachhilfestunden für wenig begabte Kinder mir eigentlich zu unbefriedigend.«

Hilde gab ihre kaufmännische Arbeit nach einigen Jahren auf und wurde Krankenschwester.

»Hat Ihre Schwester die Krankenpflege von vornherein als etwas Vorübergehendes angesehen, oder war es wie ein endgültiger Entschluß, — etwas, für das man von nun an da ist?«

Herta: »Sicher endgültig! Wenigstens war das für sie irgendwie ein Ziel; ich weiß nicht, ob sie sich ganz zugetraut hat, es fertig zu bringen, aber sie hat es versuchen wollen.«

»Welchen Aufgabenkreis hatte Ihre Schwester im Sanatorium? Und welches Bildungsniveau hatten die übrigen Krankenschwestern?«

»Die andern hatten wohl nur ihre Krankenpflegeausbildung. — Hildes Arbeit war verschiedenartiger als sonst bei einer Krankenschwester. Sie hat z. B. einzelne kranke Kinder unterrichtet, sie war Bibliothekarin, hat die ziemlich große Bücherei neu geordnet und mußte auch die Patienten bei ihrer Lektüre beraten. Das hat ihr sehr viel Freude gemacht. — Überhaupt versuchte man da viel mehr die Kranken seelisch zu beeinflussen, als es im Spital möglich ist. — Daneben hatte Hilde noch dieselben rein praktischen Arbeiten zu tun, wie alle anderen Pflegerinnen; nach ihrem Gefühl hatte sie zu wenig Zeit, sich menschlich mit den Patienten zu beschäftigen.«

Auch von dieser Arbeit fühlte sich Hilde nicht ganz befriedigt, beschränkte sich auf Büro- und Laboratoriumsarbeiten im gleichen Krankenhaus und kam schließlich nach Wien zurück, wo sie bis zu ihrer Heirat bakteriologisch arbeitete.

»Im Tagebuch über seine Kinder hat Ihr Vater geschrieben, daß Ihre Schwester früher sehr langsam war. Ist sie das auch jetzt noch?«

»Hilde könnte ihre Berufsarbeit gar nicht leisten, wenn sie nicht gelernt hätte, sich zu beeilen. — Ich habe jetzt eigentlich so wenig zu tun, daß ich keine Gelegenheit habe, rasch zu sein, ich weiß deshalb nicht, ob ich jetzt langsamer bin als sie; möglich wäre es allerdings.«

Stellung zur Krankheit.

Herta berichtet die Diagnose: Lymphogranulom. »Aber darunter haben sich sogar manche Ärzte, die ich kenne, etwas ganz Falsches vorgestellt, weil sie nur von den schweren Fällen wissen. Bei mir ist die Krankheit außergewöhnlich leicht; das sieht man ja schon daran, daß ich in acht Jahren nur *einen* schweren Fieberanfall gehabt habe. Ich muß zwar noch mit einigen Perioden von hohem Fieber rechnen, aber mein Arzt glaubt, daß das immer leichter sein und allmählich aufhören wird. Er kennt übrigens auch andere leichte Fälle.« — »Bis zum Sommer 1932 war ich immer wieder berufsfähig und hatte nur beiläufig die Symptome einer leichten Tuberkulose; wenn es mir schlechter ging, wurde ich röntgenbestrahlt und brauchte meine Arbeit nur ganz kurze Zeit unterbrechen.«

»Ein Tuberkulöser hat mir einmal gesagt, die chronisch subfebrilen Temperaturen wirkten wie ein dauernder Rauschzustand. Haben Sie etwas Ähnliches an sich gemerkt?«



»Im Winter 1930/31 war es bei mir so durch einige Zeit: Eine gesteigerte, vielleicht etwas ziellose Aktivität, eine größere Erregbarkeit und Empfänglichkeit für Erlebnisse. Auch im Herbst 1932, als ich während des Sanatoriumsaufenthaltes viel im Freien liegen mußte, hatte ich das Gefühl, als ob ich die Natur farbiger sehe und stärker empfinde als die anderen; damals war es aber ein rein passives Aufnehmen. Sonst habe ich selten so etwas gehabt. — Im Winter 1932/33 ging es mir verhältnismäßig schlecht; ich blieb meist im Hause und war deshalb geistig ziemlich isoliert, übrigens das einzigemal während meiner Krankheit. Das war mir aber viel leichter erträglich als wohl den meisten anderen Menschen. Ich habe nur zeitweise viel gelesen oder mich beschäftigt, oft träumte ich einfach in den Tag hinein; ich langweilte mich nie, fühlte mich nie innerlich vereinsamt und war immer glücklich über die vielen, rührenden Beweise von Freundschaft und wirklicher Anteilnahme, die man eigentlich nur bei einer Krankheit so richtig erfährt. — Von Anfang Juni bis Anfang Oktober 1933 ging es mir sehr gut, und ich sah auch sehr gut aus. — Kurz vor dem Lymphogranulomschub 1932 hatte ich noch einen 3200 m hohen Berg bestiegen; das war allerdings viel zu viel für mich, deshalb bin ich jetzt vorsichtiger geworden; aber eigentlich könnte ich so etwas in diesem Jahre (1933) viel leichter machen als damals. Ich habe mich diesmal mit einem ruhigen Landaufenthalt, mit Spaziergängen von 2—3, manchmal 4 Stunden begnügt und auf eine Italienreise, die ja mehr Strapaze als Erholung gewesen wäre, verzichtet. — Jetzt in Wien gehe ich abends häufig in Vorträge, Theater, Kino, und treffe Freunde im Kaffeehaus; es fehlt eigentlich nur die regelmäßige Berufsarbeit. — Erst in der allerletzten Zeit (Ende Oktober 1933) fängt es an, mir schlechter zu gehen. Ich lege mich jetzt gewöhnlich nach dem Mittagessen schlafen, weil ich nachts oft schlecht schlafen kann; im übrigen lebe ich weiter so wie Gesunde.«

»Wie steht Ihre Schwester zum Kranksein?«

»Als bei ihr 1915 Lymphdrüsentuberkulose festgestellt wurde, war es fast so, als ob sie nicht hätte gesund werden wollen; sie sollte viel in Sonne und frischer Luft sein, tat es aber nicht; sie lehnte alles ab, was die anderen für sie tun wollten. Sie hat auch in den folgenden Jahren möglichst verschwiegen und nicht beachtet, wenn sie Fieber hatte, hat ihre Temperatur nicht messen wollen. — Ich habe es zwar nicht gern, wenn andere zu viel über meine Krankheiten reden; aber wenn jemand irgendwie ernsthaft versucht, mir zu raten, bin ich dankbar dafür. Deswegen ist mein Verhältnis zu meinen Eltern durch die Krankheit eher enger geworden; bei Hilde war es 1915 umgekehrt. — Ich habe früher die Krankheit immer als etwas angesehen, was eigentlich gar nicht zu mir paßt, habe mich gewehrt gegen den Gedanken, krank zu sein und habe am Anfang der Fieberperioden immer noch länger Dienst getan, als eigentlich richtig gewesen wäre. Für mich bedeutet gesund sein und besonders auch: gesund aussehen so viel — mehr als es für Hilde jemals bedeuten könnte.«

»Vielleicht deshalb, weil alles, was Ihre Schwester sein möchte, ein Kranker fast ebenso gut sein kann wie ein Gesunder; Ihre Krankheit erleichtert es Ihnen zwar, ungezwungen fröhlich zu sein dadurch, daß sie Ihnen die Berufspflichten nahm, und doch erschwert sie es Ihnen auch.«

»Ja, die Krankheit hat mich nachdenklicher gemacht, geistig ähnlicher meiner Schwester, die nie besonders gesund war. — Als es mir im Herbst

1932 sehr schlecht ging, und ich einsehen mußte, daß ich doch eine schwere Krankheit habe, hatte ich so irgendwie das Gefühl — ist das nicht sehr häufig, daß man bei einer Krankheit das Gefühl einer Schuld hat? — Ich weiß nicht, ob ich nicht unterrichten konnte, weil ich krank war, oder ob ich krank geworden bin, weil ich nicht unterrichten konnte. — Halb wehrt man sich gegen das Kranksein und ist doch auch halb damit einverstanden; ich hätte doch sonst sehr schwer von meinem Beruf loskommen können. — Manchmal kommt es mir vor, als wäre die Krankheit fast wie ein Vorwand, um mir das Leben »bequemer« und sorgenfreier zu machen. Wenn Hilde ebenso krank wäre wie ich, hätte sie das bestimmt ganz anders für ihre geistige Entwicklung ausgenutzt. Allerdings bin ich, seit ich mir keine so großen Berufssorgen mehr machen muß, auch innerlich ruhiger und glücklicher geworden. — Wir haben jetzt so viel über meine Krankheit geredet, viel zu viel eigentlich. So eine Unterhaltung macht mir wenig Freude. — Es ist auch sehr schwer, über Dinge zu sprechen, die einen so persönlich nahe angehen. Ich kenne Menschen, die sich über ihre eigene Krankheit getäuscht haben.«

Über Hildes veränderte Stellung zum Kranksein gibt die Briefstelle S. 274 wenigstens eine kurze Andeutung.

Einige »Grundlagen des Charakters«.

Die Begabungen beider Schwestern sind einander weitgehend ähnlich.

Herta: »Wir waren in der Schule leistungsgleich, übrigens durch die ganze Schulzeit fast immer die besten Schülerinnen der Klasse. — Als wir anfingen den gemeinsamen Turnunterricht mitzumachen (in den ersten Schuljahren hatten wir nur Privat-Turnstunde) waren wir die schlechtesten Turnerinnen. Wir haben uns dann angestrengt und waren schließlich mittelmäßig im Turnen. Damals waren wir noch beide nur geistig interessiert, viel mehr als es sonst bei Kindern üblich ist; wir nahmen von früher Jugend an teil an den wissenschaftlichen Interessen unseres Vaters. — Mit ungefähr 20 Jahren bekam ich etwas mehr Interesse für den Haushalt, habe damals an einem Schneiderkurs teilgenommen, machte gern Kunstgewerbliches. Hilde las damals mehr als ich und hat sich erst viel später auch mehr für praktische Dinge interessiert. Sie glaubte nämlich, daß sie unpraktisch ist und fand, daß sie alles Praktische viel langsamer macht als andere Leute, weil sie zu viel nachdenkt, wie sie es machen soll, statt einfach irgendwie anzupacken. — Ich schneidere ja gern, würde das sehr gern gut können; aber ich muß auch furchtbar lang probieren, bis alles sitzt. — Eigentlich sind wir beide nicht praktisch, sondern viel mehr für geistige Arbeit geeignet, aber ich habe doch immer etwas mehr Interesse für Praktisches gehabt, als meine Schwester, übrigens auch mehr Lust, Sport zu treiben.«

»Haben Sie gern gezeichnet?«

»Ja, besonders Blumen nach der Natur, weil wir die beide gern haben.«

»Hatten Sie viel Phantasie?«

»Ich glaube nicht; wir sind viel zu sehr aufs naturwissenschaftliche Beobachten eingestellt; z. B. von der Phantasie hängt es doch ab, ob einer in Wolken bestimmte Gestalten sehen kann. Ich habe Wolken immer nur so gesehen, wie sie wirklich sind. Auch beim kunstgewerblichen Arbeiten

merke ich, wie schwer es mir fällt z. B. ein Ornament zu entwerfen, trotzdem ich das so gern könnte.«

»Kommt es bei Ihnen oder bei Ihrer Schwester nicht manchmal vor, daß Sie sich in Gedanken etwas ausmalen?«

»Das schon. Jetzt, wo ich so wenig zu tun habe, lasse ich die Gedanken oft laufen, wie sie wollen, denke mir schöne Dinge aus und bin dann ganz geistesabwesend. — Hilde denkt mehr nach; sie braucht von Zeit zu Zeit eine Stunde, um zur Besinnung zu kommen, um in Gedanken zu verarbeiten, was sie in der letzten Zeit erlebt hat.«

Herta gibt etwas mehr Geld für Kleider aus, während Hilde, wie Herta sagt, übertrieben sparsam ist. Hilde (in einem Briefe): »In Wirklichkeit liegt ja doch auch mir ziemlich viel an Kleidern.« — Herta: »Sie hat schon auch in ihrer Kleidung ihren eigenen Stil gehabt, aber sie hat nicht gewollt, daß andere Leute merkten, wenn sie darauf Wert legt.«

Die Zwillinge haben, wie das bei ihrem Bildungsniveau selbstverständlich ist, recht viel und Verschiedenartiges gelesen; z. B. psychologische Literatur: *Adler* »Nervöser Charakter«; *Jodl* »Psychologie«; *Freud* »Vorlesungen«; *Charl. Bühler* »Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem«; *Joh. Lange* »Zwillingsbildung und Entwicklung der Persönlichkeit«. (Mit diesen Schriften sind die Zwillinge zum Teil schon vor vielen Jahren, jedenfalls ganz unabhängig von mir bekannt geworden; wir haben über allgemeinpsychologische Fragen nur sehr wenig gesprochen.)

Herta.

»Wir haben doch alle einmal die Idee, daß wir vielleicht einmal etwas Besonderes leisten würden, oder daß aus uns ein ganz besonderer Mensch werden kann. Haben Sie nie das Gefühl gehabt?«

Herta: »Das wäre eigentlich das einzige: ich habe mir manchmal vorgestellt, daß ich so ein Leben führen würde wie Bettina oder wie Karoline Schlegel: Mittelpunkt sein in einem kleinen Kreis von Menschen.«

Einige Sätze über Karol. Schlegel aus *Charl. Bühler* »Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem«:

»Mit ihrem Gefühl ging sie in eine Situation und Beziehung ein, unfähig sie objektiv anders zu gestalten, als daß sie zärtlich war und Heiterkeit herzustellen suchte. Hierin nun hat sie sich so wenig gewandelt, daß von innerer Entwicklung bei ihr eigentlich überhaupt nicht gesprochen werden kann.« — »Und diese Beziehung (Karolines zu Schelling) erfaßt sie ganz mit all der Zärtlichkeit, die sie zu geben hat, als Frau, als Mutter und zugleich auch als Kind in ihrer kindlichen, Kummer und Schwierigkeiten möglichst schnell verscheuchenden Art.«

Aus einem Brief von Karoline: »Mein Sinn gehört jeder möglichen Glückseligkeit.«

Als ich Herta auf diese Stellen aufmerksam mache, sagt sie:

»Das ist sehr schön — ich wußte gar nicht, daß das bei Karoline auch so war.«

»Haben Sie manchmal das Bedürfnis, die Verantwortung für Ihr Leben anderen zu übergeben?«

»Ich weiß nicht, wie es bei anderen Menschen damit ist, aber ich stelle mir vor, daß es bei jeder Frau so sein muß, wenn sie wirklich eine Frau sein soll. — Verstandesmäßig weiß ich natürlich, daß es gar nicht gut wäre,

einem anderen die Verantwortung übergeben zu wollen, weil es so etwas in Wirklichkeit gar nicht gibt; aber rein gefühlsmäßig wünsche ich mir das immer wieder: einen Menschen haben, dem man sein ganzes Vertrauen schenkt — nicht selbst entscheiden müssen.«

»Und wie ist es damit bei Ihrer Schwester? Bei ihr tritt zwar das Mütterliche mehr in den Vordergrund, aber ich weiß nicht, ob Mütterlichkeit das Bedürfnis nach einem Vater ausschließt.«

»Ich vermute, daß dies Bedürfnis auch bei ihr besteht wie bei mir, aber Sicheres weiß ich darüber nicht.« —

Herta berichtet, daß ihr russische Revolutionslieder, Massengesänge usw. gut gefallen.

»Dann müßten eigentlich Sie nach Rußland ausgewandert sein anstatt Ihrer Schwester?«

»Ja — es kommt mir überhaupt so vor, als ob Hilde immer das erreicht, was für mich notwendig gewesen wäre. Sie hätte es wohl auch viel weniger nötig gehabt zu heiraten als ich; und doch hat sie geheiratet, ich nicht. — Hilde hat 1932 einmal gesagt: Es kommt darauf an, ob man die Abgründe kennt; und es ist vielleicht wirklich so, daß ich diese Abgründe — bis vor kurzem gar nicht kannte und jetzt auch weniger als sie. Ich war so problemlos und sicher, eigentlich bis zur Matura; damals hatte eine gute Freundin gesagt, es wäre ganz gleich, welchen Beruf ich wählte, ich würde alles gern und gut machen; und dann ist es doch so ganz anders geworden. — Als wir 18 Jahre alt waren, hat uns einmal eine Freundin gefragt, was wir denn für den Sinn des Lebens hielten. Wir haben darauf gesagt, daß es uns freut und daß es die anderen freut, oder so ähnlich. Und da habe ich gemerkt, daß die Freundin das für sehr unreif hält und daß sie viel weiter ist als wir.«

Damals empfand Herta also zum erstenmal ihre vorher unbemerkten Grenzen. Denn bis dahin hatte sie immer ziemlich mühelos Menschen gefunden, die ihr Verantwortung und ernste Schwierigkeiten abnahmen, Menschen, die ihr das Leben vielleicht mehr erleichterten, als gut gewesen wäre. — Nun entsteht für sie, im Alter von etwa 18 bis 19 Jahren, eine ganz ungewohnte Aufgabe: sich zurechtzufinden in einer neuen Umgebung (z. B. der Ferienkolonie), die nicht mehr so freundlich wärmt und schützt, wie vorher Elternhaus und Schule. Herta ist aber nur vorbereitet auf Schwierigkeiten, die sie im ersten Anlauf bewältigen kann. Sie bringt nicht genug Verständnis auf für die Pubertätsproblematik der andern, und ihr Wunsch, zusammen harmlos fröhlich zu sein, wird von den andern nicht verstanden. Sie bleibt deshalb isoliert; Hilde fühlt sich zum erstenmal der Schwester nicht mehr unterlegen. — Es hätten für sie nun zwei Möglichkeiten bestanden, aus ihrer Isolierung herauszukommen. Sie lehnt die erste ab: »Ich empfand das als ungesund, so viel nachzudenken und zu grübeln. Die anderen hatten mich gerade darum so gern, weil ich so lustig war.«

Die zweite Möglichkeit:

»Es wäre vielleicht besser gewesen, wenn ich mir damals einen anderen Kreis von Menschen gesucht hätte — wo die Menschen reifen ohne viel Probleme.«

Aber sie fand nicht den Mut, dem Zufall zu Hilfe zu kommen, aktiver ihr Schicksal zu bestimmen, sondern sie geht in einer dritten, mehr passiven Richtung: sie beginnt, sich für Haushalt und Schneiderei zu interessieren,

während sie vorher hauptsächlich naturwissenschaftliche Interessen hatte. — Sie erhält sich also ein harmonisches Leben durch Rückzug in selbstgesteckte Grenzen, durch Verzicht auf ganz wesentliche Dinge — und das alles fast, ohne es selbst zu bemerken. Herta unterdrückt möglichst lautlos alle Konflikte, die bei Hilde offener zutage treten.

Allmählich wird immer deutlicher, daß Hertas heitere Natürlichkeit nicht mehr ausreicht, um ihr die Menschen, die sie braucht, zu gewinnen. Deshalb traut sie sich immer weniger zu, diese Menschen aktiv aufzusuchen — und desto geringer wird die Aussicht, die Schwierigkeiten ihrer immer mehr passiven Rolle mit Hilfe eines andern zu lösen. Sie hat zwar eine Reihe von, zum Teil auch engen, Freundschaften, aber alle diese Beziehungen gelingen nur so lange, bis eine schwierige Situation mehr fordert als ein ungezwungen natürliches Wesen, oder sie scheitern schließlich daran, daß der andere nur der »Zweitbeste«, nicht der für sie wirklich Geeignete war.

Ihre Mißerfolge im Beruf lassen sich aus den gleichen Gründen verstehen. Aber alle übrigen Bindungen konnte Herta lösen, wenn die Schwierigkeiten zu groß wurden: der Lehrberuf hält sie fest, denn ein Berufswechsel ist nicht leicht. Zum erstenmal stellt ein Problem sich ihr scheinbar unausweichlich in den Weg; da zwingt ein schwerer Lymphogranulomschub sie zu dem, was sie selbst dringend wünscht — den Beruf aufzugeben. Daß sie sich nach diesem Fieberanfall fast gesund fühlt und trotzdem nicht weiter zu einer Arbeit gezwungen ist, die sie außerhalb ihrer Lebens- und Leistungsgrenzen glaubt, das scheint ihr das wesentlichste Ergebnis der Krankheit.

Herta: »Nach einer Zeit der problemlosen und vielleicht etwas oberflächlichen Zufriedenheit begann ich erst spät (etwa mit 19 oder 20 Jahren) meine Unzulänglichkeit zu bemerken und zu verstehen, wie rücksichts- und verständnislos ich meine Schwester immer behandelt hatte und daß sie mir auf gewissen Gebieten überlegen sei. — Damals verlor ich etwas von der Sicherheit, Kindlichkeit und Leichtigkeit meines Wesens, die früher so gewinnend gewirkt hatten, und es trat eine andere Seite mehr hervor, nämlich ein Hang zur Unzufriedenheit und Unsicherheit. Eigentlich sind auch jetzt noch beide Seiten nebeneinander in mir. — Es kann sein, daß es in meinem Leben dieselben Möglichkeiten gegeben hätte wie bei meiner Schwester, und daß ich mich nur nicht habe entschließen können. Weil ich natürlicher war als Hilde und das bleiben wollte, verändere ich mich vielleicht nicht so sehr wie sie.«

Hilde.

Hilde, die ältere, wuchs doch ganz wie ein zweitgeborenes Kind auf; Herta hatte nicht nur einen unerreichbaren körperlichen Entwicklungsvorsprung, sondern sie gewann sich auch durch ihr Temperament mühelos alle Herzen; verständlich, daß Hilde, der keine so große Vitalität zur Verfügung stand, keine Hoffnung hatte, ihre Schwester in dieser Beziehung je zu erreichen. — Herta schreibt über das Gefühl der Zurücksetzung, das Hilde hatte: »Auch die Eltern konnten daran nichts ändern, so sehr sie

auch bemüht waren, ihre Leistungen und Fähigkeiten immer hervorzuheben.« Das war also der Weg, den Hilde ging: durch Leistungen sich auszeichnen — und zwar zunächst hauptsächlich auf den Gebieten, die von den Eltern besonders hoch geschätzt wurden. Die Eltern betrachteten den Altruismus als moralische Pflicht: Hilde war das »Advokaterl«, das der Mutter zu Hilfe kam. — ›Der Vater hatte großes Interesse für Philosophie, Mathematik, Naturwissenschaften; die kleine Hilde überraschte ihn durch interessierte oder gar verständnisvolle Fragen. Wenn Herta auch öfters etwas Ähnliches tat: bei Hilde erhielt das alles eine viel stärkere Betonung. Hilde entwickelte einen besonderen Ehrgeiz in geistigen Dingen, ebenso wie der Vater; Herta gefiel den Eltern offenbar mehr durch ihr Lachen als durch ihre gutgelösten Schulaufgaben. Herta hat Freude an geistiger Leistung, weil und solange sie ihr ohne allzu große Mühe gelingt; Leistungsehrgeiz, wie Hilde ihn besaß, liegt ihr fern.

Abgesehen von alledem fand Hilde aber auch von Anfang an mehr objektive Schwierigkeiten vor, die sie nachdenklich machten, während Herta weniger Grund dazu hatte. Dieses Bedürfnis, über sich nachzudenken, wurde immer stärker, je mehr die Schwierigkeiten wuchsen. »Die Dulderin« nennt Herta ihre Schwester. — Sie sonderte sich von den anderen ab, las viel, auch besonders Schopenhauer und Nietzsche. Dabei war sie sehr ehrgeizig, glaubte, daß sie später einmal etwas ganz Besonderes leisten würde, war ständig unzufrieden mit sich und den andern. — Und dann entsteht eine Situation, in der gerade die problemlose Fröhlichkeit für Herta einen Nachteil bedeutet: das Jugendheim, indem die Pubertätsproblematik solch eine große Rolle spielte.

»Wann hatten Sie zum erstenmal das Gefühl, Ihrer Schwester Herta nicht mehr unterlegen zu sein?«

Hilde: »Mit 19 Jahren, in der Ferienkolonie.«

Herta: »Nicht schon früher, in der Schule? Weshalb, glaubtest du denn, hatten dich die Freundinnen alle so gern?«

Hilde: »Das war wohl mehr Mitleid.«

Aber echte Beziehungen zu anderen Menschen gelangen Hilde trotz aller Versuche noch immer nicht. — Herta erzählt: »Charakteristisch dafür, wie Hilde mehrere Jahre lang war, ist eigentlich, was sie mir 1925 nach England schrieb: — sie sitzt jetzt oft da, lange Zeit, tut nichts und denkt nichts, fühlt sich leer — sie weiß nicht genau, was Melancholie ist, aber sie kann sich vorstellen, daß Melancholie so aussieht. — Übrigens habe ich bis heute (1933) Hilde kaum jemals ganz ausgelassen fröhlich gesehen. — Damals, um 1925, hat sie mehrere Versuche gemacht, aus der Bürostellung wegzukommen, sie hat bei einem Arzt Röntgenschwester und wissenschaftliche Mitarbeiterin werden wollen, hat dann aber aus persönlichen Gründen wieder abgelehnt. Übrigens war bei solchen Plänen die Krankenpflege ihr noch nicht so die Hauptsache, wie sie es später geworden ist — wenn auch der Gedanke daran sie schon lange beschäftigte.«

Dann lernte sie die Anthroposophie kennen. In der anthroposophischen Gemeinschaftsgruppe traf sie einen Freundeskreis, indem sie verstanden wurde und vor allem: an dem sie selbst mit mehr Verständnis teilnahm. — Auch wenn man versucht, einmal abzusehen von den religiösen Gedanken, die damals als das Wichtigste erschienen — gerade dann zeigt sich, daß diese enge Freundschaft in Hildes Leben etwas Neues bedeu-

tet: an die Stelle von angestrengten, vergeblichen Entwicklungsversuchen ist ein wirklicher Entwicklungsschritt getreten. — Als die Freundschaft mit einem Mißerfolg endet, entschließt sich Hilde, Krankenschwester zu werden. Das ist wieder ein Schritt auf dem Weg aus der Isolierung; Krankenpflege erfordert mehr soziales Verständnis, als Hilde bis dahin hatte. Andererseits liegt das »Nonnenleben«, wie Herta es bezeichnet, doch noch völlig in der Richtung, die Hilde seit frühester Jugend einhält.

»Sie haben einmal gesagt, daß Ihre Schwierigkeiten beim Unterrichten vielleicht ein Defekt wären. Hat Ihre Schwester Hilde auch einmal das Gefühl des Defektes gehabt, wenn auch auf anderen Lebensgebieten?«

»Ja, und sicher stärker als ich. Sie hat selbst nicht Lehrerin werden wollen und hat es immer schrecklich gefunden, daß ich das tue, trotzdem es mir so schwer fällt. Sie meinte allerdings auch, daß nicht jeder unterrichten können muß, und dann hat sie ja auch später einen Beruf gefunden, der besser für sie geeignet war. — Sie hat überhaupt öfter Probleme, die sie nicht lösen konnte, ungelöst beiseite geschoben, hat verzichtet. Es ist bei ihr aber nicht so, wie bei manchen anderen, wo das Erwachsenwerden darin besteht, daß man seine Probleme vergißt. Sie weiß noch ganz gut, was sein sollte — sie hat nur ihre Ansprüche an das Leben herabgesetzt.«

»Könnte das nicht auch etwas Positives sein?«

»Möglich wäre es schon, aber ich weiß das nicht sicher.«

Aus Briefen[2]) von Hilde an Herta aus der Zeit, wo Hilde im Sanatorium als Krankenpflegerin arbeitete (September 1928 bis Dezember 1930).

29. IV. 1929.

... Mir selbst geht es jetzt ganz gut, das heißt, eigentlich ist es sehr verschieden bei mir. Ich bin sehr stark meinen wechselnden Stimmungen unterworfen, was aber nicht sein sollte. Tatsächlich ist es aber so, daß ich mich manchmal sehr wohl fühle. Dann habe ich das Gefühl, daß viele mich hier gern haben, daß ich unbedingt hier bleiben und hier viel leisten will, daß ich über die Sonne und die Berge und die wunderbare Umgebung ganz glücklich bin und gar nichts weiter brauche. Und dann kommt es wieder vor, daß ich über meine Unfähigkeit und alle meine Fehler ganz verzweifelt bin, daß ich dann glaube, daß kein Mensch mich hier wirklich gern hat und sich niemand um mich kümmert, daß ich im Grunde ganz verlassen bin und gar nichts kann und nichts weiß, in keiner Richtung, und daß ich überhaupt nicht weiß, was aus mir werden soll. Das klingt natürlich entsetzlich, wenn man es so nacheinander sagt, und doch ist es so. Im Grunde genommen ist ja das Zweite doch das Richtige und entspricht viel mehr den Tatsachen. Und doch ist es wieder an sich so wunderschön, hier unter vielen Menschen arbeiten zu können, immer zu jeder Tageszeit bereit mitzuhelfen, ganz mit den andern verbunden, und doch ganz allein und selbständig.

19. V. 1929.

... Eigentlich ist ja die Korrespondenz mit Dir doch jetzt die einzige, die ich noch so halbwegs aufrechterhalte, denn mit den andern Be-

---

[2]) Alle angeführten Stellen aus dieser und späterer Zeit sind nur ein kleiner Bruchteil der Briefe, die Herta mir vorlas.

kannten bin ich doch fast gar nicht in Verbindung, aber bei uns beiden ist es dann eigentlich trotz der Pausen doch so, daß man sich immer wieder alles so gut vorstellen und so gut verstehen kann... Es kommt mir eigentlich schrecklich schwer für Dich vor, daß Du so »ganz im Ernst« unterrichtest und wirklich zustandebringen mußt, daß die Kinder etwas dabei gründlich lernen. Es imponiert mir doch sehr, daß es geht. Ich könnte es bestimmt gar nicht.

26. V. 1929.

...Ich habe dann immer, wenn ich in Gedanken so stark mit der Arbeit beschäftigt bin und plötzlich wieder diese Herrlichkeit draußen sehe, so ein Gefühl: »Das ist die Wahrheit!« Ich kann es nicht gut anders ausdrücken, aber es kommt immer in diesen Worten. Ich weiß nicht, ob Du es Dir vorstellen kannst. Andererseits ist es aber auch so, daß ich manchmal durch die Natur mehr traurig werde als froh, besonders dann, wenn ich manchmal Zeit habe, ein bißchen auszugehen und dann ganz allein draußen bin. Dann habe ich so eine Art von heftiger Sehnsucht nach dem Leben, nach einem ganz vollen Leben, das eben dieser wunderbaren, frischen, lebendigen Natur entspricht. Und dann spüre ich eben manchmal so ganz deutlich und klar, wie eng und schwächlich und beschränkt und verschlafen mein Leben ist im Vergleich zu dem, was es sein müßte. Das sind aber dann keine Gedanken mehr, sondern ein ganz heftiges Gefühl, das so stark ist, daß ich es Dir gar nicht sagen kann. Ich weiß nicht, ob Du es kennst. Ich selbst habe das überhaupt erst hier bekommen, gleichzeitig mit einem ganz besonderen Sinn für die Natur, den ich früher eigentlich nie so stark hatte. Es ist auch oft so wie eine ganz wahnsinnige Liebe zur Erde; so ein Gefühl der Dankbarkeit für alle diese Schönheit, die da lebt, und die Sehnsucht, sich flach auf den Erdboden hinzuwerfen und die Erde zu umarmen oder sich ganz in sie hineinzubohren, weil sie einem so teuer und so lieb und heimatlich vorkommt und es so ist, als wenn man sie immer wieder verlieren würde, wenn man sich nicht an sie klammert.

28. VII. 1929.

...Ich glaube zwar, daß ich auch dazu nicht das habe, was man eigentlich braucht, nämlich große innere Kräfte. Aber doch kommt es ja für viele Menschen auch darauf an, sich nur mit jemandem aussprechen zu können, der Anteil nimmt und gut versteht, was sie meinen, und das kann ich vielleicht schon ziemlich gut... Außerdem hat es sich so getroffen, daß jetzt einige Menschen da sind, bei denen ich selbst das Gefühl gehabt habe, daß sie jemanden brauchen, und daß es wichtig wäre, mit ihnen zu sprechen. Dadurch kommt es mir jetzt so vor, daß ich hier wirklich viel Wichtiges tun könnte und daß ich hier notwendig bin... Für mich ist es jetzt gefühlsmäßig ganz klar, daß ich hier bleiben will.

8. VIII. 1929.

Es war doch noch sehr schön auf der Fahrt (Anm.: zum Bahnhof, von wo D. abreiste), und ich war sehr froh und glücklich darüber, daß er doch eigentlich mit mir wirklich so besonders gut befreundet war. Es war das Ganze bis zuletzt wunderschön und ohne jeden Mißton. Wir haben beide so viel Vertrauen zueinander gehabt... es ist auch selten eigentlich so ganz gegenseitig, daß wirklich beide jeder vom andern so viel haben... Ich

war so froh über die ganze Freundschaft mit ihm, daß viel davon auch jetzt noch zurückgeblieben ist und daß ich doch gar nicht traurig geworden bin, seit er weg ist. Natürlich tut es mir schon schrecklich leid, daß ich ihn jetzt nicht mehr sehen kann, aber ich will eben doch weiter noch so froh und offen und gut bleiben, wie ich es in der letzten Zeit angefangen habe zu werden. Ich glaube wirklich, daß ich beinahe ein besserer Mensch geworden bin durch ihn. Auch Du hast ja viel davon gesehen und selbst auch viel von ihm gehabt... Ich habe mich über beides (Anm. Brief und Karte von ihm) ganz unsagbar gefreut und eigentlich dabei gesehen, daß ich es gar nicht mehr erwartet habe, überhaupt etwas von ihm zu hören. Ich habe mich so ganz damit abgefunden, daß ich jetzt wieder ganz allein bin. Aber um so mehr freu ich mich jetzt darüber, doch wieder von ihm zu hören und hab ihm auch schon einen langen Brief von hier geschrieben. Ich weiß ja genau, daß ich mich darauf nicht zu stark konzentrieren darf, weil das schlecht wäre (Anm.: D. ist verheiratet) ... Aber das Schöne bleibt eben doch bestehen, daß eben überhaupt eine so schöne Freundschaft möglich ist, und daß sie bei mir möglich ist. Es kann einem so etwas wirklich auch für später viel Mut und Zuversicht geben, vor allem weil man in sich selbst dadurch mehr Schönes und Möglichkeiten zum Guten sieht. Auch auf Dich hat es ja so gewirkt und für Dich bin ich auch sehr froh über das Ganze.

... Ich bin jetzt im Ganzen doch viel mehr mit Menschen zusammen als früher; ich sehe immer wieder, wie notwendig und gut es ist.

27. VIII. 1929.

...Über das, was Du mir von Deinen Vorsätzen schreibst, freue ich mich eigentlich. Ich glaub schon, daß Du recht hast. Nur wäre es eigentlich gut, wenn Du nicht nur diese äußeren Dinge so gut in Ordnung halten möchtest, sondern auch irgendwie von innen ausgehen. Das heißt z. B. jeden Tag zu einer bestimmten Zeit immer etwas Anthroposophisches (oder sonst ganz Objektives, Beschauliches) lesen und irgendwie innerlich ganz ruhig sein. Ich meine damit nur, daß man eben die Erziehung nicht nur auf äußere Dinge beziehen soll, sondern irgend wie an sich arbeiten, an seiner Ruhe und Festigkeit und Ausgeglichenheit. So stelle ich es mir wenigstens vor; aber ich kann das selbst ja noch gar nicht... Mir selbst geht es weiter gut, im ganzen viel besser als früher; ich fühle mich viel sicherer und wohler hier. — Großenteils ist es deshalb, weil doch viele Menschen mich wirklich gern haben und das so viel für mich ausmacht.

*

Hildes Freundschaften im Sanatorium waren nicht mehr so wirklichkeitsfremd wie ein Teil ihrer früheren Beziehungen, ihre Stellung zur Anthroposophie wurde freier, sie kam nach Wien zurück.

Herta: »Hilde hatte in der ersten Zeit, als sie wieder in Wien war, immer noch wenigstens zeitweise Sehnsucht nach dem Sanatorium; doch allmählich fand sie sich im Leben der Stadt wieder gut zurecht, wurde ausgeglichener und zufriedener; sie ging eine Ehe ein und folgte ihrem Mann, der, selbst Österreicher, an ein wissenschaftliches Institut in Rußland berufen wurde.«

Die praktischen Schwierigkeiten, vor die Hilde in Rußland gestellt

wurde, waren außerordentlich groß. Die ersten Briefe, aus denen hier drei Stellen wiedergegeben sind, berichten viel vom Kochen und Haushalten mit den primitivsten Hilfsmitteln.

»... Du weißt ja, daß ich auch immer ein bissel hilflos gegenüber solchen Schwierigkeiten bin.«

»... Ich bin wirklich sehr verwöhnt, und hier verwöhnt mich wieder der Ernst (ihr Mann). Ihr könnt Euch gar nicht denken, wie er mir alles abnimmt und in allem für mich sorgt. Am liebsten möchte er auch im Haushalt alles selbst machen. Es ist sogar eine große Hilfe für mich, daß er so praktisch und tüchtig in allem ist.«

»... Du kannst Dir denken, daß ich mich ganz besonders darüber freue, daß der Ernst gar nicht diese mutlose Art der Arbeit gegenüber hat, wie wir beide sie haben.«

Wie viel weniger mutlos ihre Einstellung zur Arbeit damals war, als einige Jahre vorher, davon geben allerdings diese Briefstellen kein richtiges Bild. Früher wäre sie wohl solchen Dingen überhaupt nicht gewachsen gewesen. — Die Ernährung ist ganz unzureichend. Überdies erkrankt jetzt ihr Mann an Typhus; in der Apotheke ist, wie sie schreibt, kein Coffein zu haben! — Aus Briefen, die sie in dieser Zeit an Herta schrieb:

»... Mir kommt beinahe so vor, daß es bei uns so werden wird, daß wir (Anm. sie und ihr Mann) beinahe zu abhängig voneinander sind; ich meine, daß keiner ohne den anderen etwas entscheidet oder unternimmt. Aber das hat sich jetzt durch die Situation so ergeben und wird gewiß später wieder anders sein.«

»... Du hast natürlich ganz recht, daß es wirklich seine gute Seite hat, wenn man wirklich so mitten drinnen steht im Leben und es auch einmal wirklich schwer hat. Das denke ich mir auch oft. Es ist sicher auch gerade für mich sehr gut, weil ich sonst so verwöhnt war.«

Ihr Mann wurde gesund; auch sonst nahmen die praktischen Schwierigkeiten etwas ab. — Aus weiteren Briefen an Herta:

»... Es ist doch für mich das erstemal, daß ich ein Dienstmädchen habe, und es geht ganz wunderbar. Du weißt doch, daß wir beide (Anm. beide Zwillinge) nicht gut befehlen können; aber bei ihr ist es ganz leicht, weil sie so lieb und bescheiden ist, daß man ganz ruhig über alles mit ihr sprechen kann. Ich stelle mich gar nicht überlegen, sondern frage sie auch, wie man am besten etwas einrichten könnte, und sie ist natürlich in vielem geschickter und praktischer als ich... Weißt Du, eigentlich kommt es mir vor, daß ich jetzt im Ganzen viel mehr auf Praktisches eingestellt bin als früher. Ich denke so viel an den Haushalt, an das Einkaufen und Kochen... und viel weniger an Geistiges als früher. Das tut mir oft leid, wenn ich es bemerke, aber es ist wahrscheinlich eine ganz natürliche Veränderung. Ich möchte aber gern jetzt viel mehr lesen, wenn ich mehr Zeit habe. Das ist doch als Gegengewicht sehr notwendig. Es kommt mir manchmal fast vor, daß ich mich aber auch innerlich verändert habe, daß ich vielleicht im Ganzen ruhiger und vielleicht auch weniger »strebsam« geworden bin. Ich weiß das selbst noch nicht genau.«

22. VI. 1933.

»... Aber sehr schön ist es, daß Du so viel anderen Verkehr hast und daß er Dir so viel Freude macht. Weißt Du, in der Zeit vor meiner Verlobung und Heirat habe ich doch auch sehr viel mit verschiedenen Freunden

verkehrt und war ziemlich stark beschäftigt mit diesen verschiedenen Beziehungen. Und damals bin ich darauf gekommen, daß es eigentlich gerade etwas besonders Schönes für sich hat, wenn man alle Kräfte für solche Freundschaftsbeziehungen frei hat und dadurch eine so reiche Mannigfaltigkeit in diesen Beziehungen entwickeln kann. Ich meine das so, daß es eben unter den Menschen so ungeheuer vielfältige Beziehungen geben kann, je nachdem, ob der eine etwas älter und mütterlich geartet ist, oder ob man gleich im Alter ist und alles gegenseitig austauscht oder ob man wieder eine Art Beziehung wie zwischen Lehrer und Schüler hat, usw. Mir kommt vor, daß das so ein ganz großes, freies Gebiet ist, auf dem man sich entfalten und auch irgendwie schöpferisch sein kann, weil doch jede Beziehung etwas ganz Neues, noch nie Dagewesenes ist, das man eben selbst aktiv erschafft. Weißt du, wie ich das meine? ... Es gilt jetzt eigentlich nicht mehr, was ich Dir geschrieben habe, daß ich nämlich nicht mehr geistig »strebsam« bin; jetzt, seit ich nicht mehr die Haushaltsarbeit selbst machen muß, und besonders, seit ich krank bin (Anm.: Nach ihrem Bericht zu schließen: Cholelithiasis?) und den ganzen Tag liegen kann, ist das ganz anders geworden. Darüber bin ich sehr froh. Ich lese viel und genieße es sehr, so viel Zeit zum ruhigen Nachdenken zu haben. Wer weiß, ich habe mir sogar gedacht, ob es jetzt nicht gerade sehr schön werden wird, wenn ich im Ganzen ruhiger und ausgeglichener geworden bin und jetzt durch die Krankheit doch wieder zu einer geistigen Arbeit zurückkomme. Das ist ja eigentlich gerade das Richtige. Glaubst Du nicht?

Als Kind »in jeder Beziehung zurückgesetzt«, sucht Hilde im Geistigen den Ausgleich. Später kommt sie trotz leidenschaftlicher Bemühungen, die asketischen Ideale der Willensübung und Selbstüberwindung zu erreichen, zu dem gleichen Ende wie Herta, die niemals solche Entwicklungsversuche unternommen hat. Beiden gelingt es nicht, ihr Leben so zu führen, wie sie es als notwendig und richtig empfinden. Denn Herta bleibt nicht so natürlich, wie sie es sich wünscht, und Hilde kommt durch ihre krampfhaften Versuche zwar zu mancher neuen Erkenntnis, aber ihre praktische Einstellung zu anderen Menschen bleibt zunächst unverändert, unentwickelt.

Herta: »Die ganze Entwicklung meiner Schwester bestand dann darin, daß sie sich gegen die Abhängigkeit von mir und gegen das Zurückgesetztsein auflehnte, alle möglichen inneren und äußeren Versuche zur Befreiung unternahm, die verschiedensten Berufe hatte und verschiedene Kreise von Menschen aufsuchte und aus Einsamkeit, Zurücksetzung und Gedrücktheit heraus auf einem langen Leidensweg endlich ausgeglichen, heiter und zufrieden wurde. — Hilde entwickelt sich mehr als ich, weil sie so viel an sich arbeitet und sich überwindet, aber all diese Bemühungen waren früher so krampfhaft und sind es vielleicht auch jetzt noch ein wenig; sie ist allerdings jetzt viel ungezwungener geworden. — Sie entschließt sich eigentlich auch jetzt noch

schwerer als ich und braucht dazu oft ziemlich lange Zeit, aber am Ende sind die Gründe, die Triebkräfte bei ihr stärker als bei mir, und dann entschließt sie sich doch — auch ohne äußeren zwingenden Grund. Sie hat z. B. lange geschwankt, ob sie das Sanatorium verlassen sollte oder nicht. Ich glaube, das wäre für sie auch eine Möglichkeit gewesen: ein Nonnenleben zu führen bis zum Ende. Es mußte vielleicht gar nicht notwendig so kommen, wie es gekommen ist. Es sieht immer noch so aus, als wäre sie viel passiver als ich; aber eigentlich ist in ihrem Leben mehr Bewegung als in meinem. — Es ist gut möglich, daß Hilde sich in den nächsten Jahren weiter so stark entwickeln wird wie bis jetzt; mir kommt es vor, als wäre dieser ganze Entwicklungsprozeß bei ihr noch im Werden.«

In mehreren Gesprächen mit Hilde kam ich zu der gleichen Meinung, wie Herta sie hier ausspricht. Allerdings fehlen bisher autobiographische Äußerungen von Hilde; denn die hier veröffentlichten Briefe werden kaum genügen, um dem Außenstehenden ein klares Bild zu geben.

Versuch einer wissenschaftlichen Auswertung.

Die Biographie, soweit sie bis jetzt vorliegt, gründet sich fast ausschließlich auf Äußerungen von Herta; mit Hilde, die ja längere Zeit in Rußland lebte, war ich im ganzen nur einige Stunden zusammen. —

Trotz wiederholter Bemühungen war es nicht möglich, eine klinische Anamnese und klinische Untersuchungsbefunde von Hilde zu bekommen. Auch die Bezeichnung ihrer Krankheit im Jahre 1915 als »Lymphdrüsentuberkulose« scheint mir nicht ganz sicher, während Hertas Lymphogranulom, das klinisch durch die Wiener II. Medizinische Klinik und histologisch durch das Wiener Pathologische Institut diagnostiziert wurde, wohl als feststehende Tatsache bezeichnet werden darf. Da also über den Gesundheitszustand von Hilde so gut wie nichts bekannt ist, mußten wir auf eine klinische Betrachtung (erbbedingte Insuffizienz des lymphatischen Apparates?) verzichten.

Es wurde schon gesagt, daß alle Eigenschaften, die man als »Grundlagen des Charakters« zusammenfassen könnte, bei unseren Zwillingen sehr ähnlich sind. Das gilt nicht nur von allen Begabungen im engeren Wortsinn, sondern es lassen sich eine Fülle von Äußerungen finden, die von der gleichen Grundlage ausgehen — und in denen doch eine ganz verschiedene Dynamik liegt. Ein paar Beispiele: Beide finden sich bald mit der Tatsache ab, daß sie krank sind; und trotzdem sind die entsprechenden Worte auf S. 263ff. und S. 274 recht verschieden. — Ein Wort von Herta: »Jetzt ... lasse ich oft die Gedanken laufen wie sie wollen, denke mir schöne Dinge aus ... Hilde denkt mehr nach; sie braucht von Zeit zu Zeit eine Stunde, um zur Besinnung zu kommen, um in Gedanken zu verarbeiten, was sie in der letzten Zeit erlebt hat.« — Beide Schwestern haben jetzt die Neigung, über Probleme nachzudenken; wie ganz anders wirkt sich das in den beiden Menschen aus! — Und von solchen Dingen findet

sich noch eine ganze Reihe in der Arbeit verstreut; das sinnfälligste Beispiel — die beiden Stimmen — läßt sich leider nicht schriftlich wiedergeben.

Es wäre denkbar, daß die bisherigen Konkordanzfeststellungen bei Zwillingen sich in manchen Fällen auf solche »statischen« Gleichheiten stützen, die in einer anderen, »dynamischen« Dimension als radikale Diskordanzen sichtbar werden könnten. Deshalb wäre es vielleicht eine wertvolle Ergänzung, auch die Verwendung konkordanter Eigenschaften zu eventuell diskordanten Zwecken, die häufig verschiedene Bedeutung gleicher Charakterzüge für das Ganze der beiden Charaktere noch mehr zu berücksichtigen[3]).

Während der Jugendzeit bestehen erhebliche Diskordanzen, meist im Zusammenhang mit Hildes körperlicher Benachteiligung. Ungefähr von 1920 bis 1926 sind die Zwillinge in ihren entscheidenden Grundeigenschaften konkordant. Seitdem sind die Diskordanzen wieder größer geworden. — Die Tatsache, daß unsere Zwillinge seelisch sehr verschieden sind, scheint mir weniger bemerkenswert — in der Zwillingsliteratur wird von mancher noch viel weiter gehenden Diskordanz berichtet — als die Entstehung und die Art dieser Unterschiede. — Dafür Beispiele: Hertas Fröhlichkeit wäre durch krampfhafte Anstrengungen zerstört worden, und sie hätte damit gerade das verloren, was ihr Freunde und Helfer gewann. So kommt sie dazu, sich an schwierigen Situationen soweit möglich gar nicht erst zu versuchen, die Lösung einem anderen zu überlassen. Dagegen fand Hilde oft das Mitleid der Anderen durch ihr verzweifeltes, gewaltsames Bemühen um eine große Leistung. Dasselbe schematisch formuliert: vor Schwierigkeiten, die beide Zwillinge für unüberwindlich hielten, war Herta passiv in bezug auf die Aufgabe, aktiv in bezug auf den Helfer; Hilde versucht sich mit verzweifelter Aktivität an der Aufgabe, erwartet passiv den Helfer. Hertas Ziel ist: Natürlichkeit, auch auf Kosten ihrer menschlichen Entwicklung; Hildes Ziel: Entwicklung, und sei es auch auf dem Umweg über das krampfhaft Unnatürliche. Also die positiven Eigenschaften des einen Zwillings sind in die Lücken des anderen wie hineingepaßt; die Zwillinge sind in diesen seelischen Unterschieden nicht wirklich unabhängig voneinander; wir sprechen deshalb von gebundenen Diskordanzen. — Später verhalten sich die Zwillinge nicht mehr so, daß der eine das genau ergänzende Gegenstück des anderen ist. Wir nennen das: Auftreten von freien Diskordanzen.

Auch heute noch blickt der Unterschied immer wieder durch, der schon bei den Kindern auffiel, so daß man beim Zusammensein mit beiden jedenfalls nicht den Eindruck eines »Temperamentwechsels« hat: Hilde war »tatenarm und gedankenvoll«, Herta reicher an Taten, ärmer an Gedanken. Diese charakterologischen Grundlagen sind also durch die Ent-

---

[3]) *H. Lottig* hat das Verdienst, diesen Gesichtspunkt der Statik und Dynamik von Eigenschaften in die Zwillingspsychologie eingeführt zu haben. Allerdings ist es möglich, daß die von ganz anderen Gesichtspunkten aus entworfenen *Klages*schen Einteilungen für die Vererbungswissenschaft weniger geeignet sind. Vorläufig fehlt, wie *H. Hartmann* mit Recht betont, ein auf der Genese aufbauendes System der Charakterzüge. Die Gefahr, daß man infolge Zusammenordnung von biologisch heterogenen, Trennung von biologisch gleichartigen Eigenschaften ein zweifelhaftes Gesamtresultat erzielt, ist jedenfalls nicht gering.

wicklung nur überdeckt und abgeschwächt, der Akzent ist von ihnen weg — vielleicht darf man sagen: weg von dem Gegebenen auf die Auswertung des Gegebenen — verschoben.

Um unserer Hauptfrage, wie weit das Leben der beiden Schwestern bedingt sei durch Anlage- und Umweltfaktoren, näher zu kommen, betrachten wir zunächst die wichtigsten Tatsachen der Biographie. — In den letzten Jahren hat Hilde sich erheblich weiter entwickelt als Herta. Allerdings war nicht nur Hildes Umgebung bedeutend günstiger als die ihrer Schwester, sondern vor allem ist Herta durch ihre Krankheit im Nachteil. — Wie soll es nun möglich sein, die psychischen Wirkungen einer solchen schwachen Allgemeinintoxikation exakt abzugrenzen? Angesichts der Kompliziertheit dieses Problems begnügen wir uns mit folgenden Feststellungen: Für eine enge Beziehung zwischen den Krankheiten der Zwillinge und ihrem seelischen Verhalten spricht neben der Tatsache, daß Herta eine ganze Reihe von Charakterzügen mit vielen Tuberkulösen gemeinsam hat, vor allem die zeitliche Übereinstimmung. — Ungefähr von 1925 oder 1926 an beginnt Hilde immer eine größere Aktivität zu entfalten; Herta übernimmt die mehr passive Rolle, gleichzeitig macht ihr Lymphogranulom die ersten leichten Erscheinungen. — Hilde hat sich während der zwei Jahre im Sanatorium (1928—1930) seelisch erheblich verändert; gleichzeitig ist vielleicht (Näheres leider nicht bekannt) ihre Tuberkulose in dem gesunden Gebirgsklima endgültig ausgeheilt. 1932 heiratet Hilde; zur gleichen Zeit hat Herta einen schweren Lymphogranulomschub[1]).

Andere Tatsachen sprechen dafür, daß die Krankheit die Diskordanzen eher verringert hat; z. B. macht gerade die Hemmung durch das Kranksein Herta nachdenklich, und sie versucht, eigentlich zum erstenmal, der Entwicklung ihrer Schwester näher zu kommen. — Krankheit vermehrt die Rechte, vermindert die Pflichten gegenüber der Umwelt: Herta empfindet deshalb, ebenso wie die meisten Kranken, das Kranksein als Erleichterung des Lebens. Wenn sie gesund und dadurch zur Berufsarbeit gezwungen wäre, würde ihr Leben unruhiger, weniger harmonisch sein; die Unterschiede zwischen den Zwillingen wären dann vielleicht in vieler Beziehung größer. — Für den Fall, daß Hertas Lymphogranulom in einigen Jahren ebenso geheilt ist, wie 1928 (vielleicht?) Hildes Tuberkulose ausheilte — würde dann

---

[1]) Nach diesem Schema — daß der körperlich Gesundere auch seelich die weniger abweichenden Eigenschaften hat — kann man natürlich auch Hildes Entfremdung vom Elternhaus im 15. Lebensjahr in Zusammenhang mit ihrer Lymphdrüsentuberkulose zu bringen versuchen; doch wird der Gegensatz zu den Eltern von den meisten Psychologen als für die Pubertät bezeichnend und typisch angegeben.

Hertas Lebenslauf dem von Hilde ähnlich werden, nur mit etwas »Verspätung«? — Das wäre möglich; aber nach allem, was wir von Herta wissen, ist die Wahrscheinlichkeit dafür nicht ungewöhnlich groß. Hier bleibt der Einwand offen, daß Krankheiten auch nach Heilung Defekte hinterlassen können, und daß solch ein Defekt nach Tuberkulose vielleicht anders ist als nach Lymphogranulom. Auch auf diesem Wege ist es also unmöglich, psychische Krankheitswirkungen exakt abzugrenzen. — Man hätte Hertas Äußerungen zu Zeiten, wo sie sich gesund fühlt, vergleichen müssen mit Zeiten, wo sie schwere Krankheitserscheinungen hatte (z. B. Juli 1933 mit September 1932). Diese fühlbare Lücke ist bis heute nicht ausgefüllt; allerdings ist auch nicht zu erwarten, daß sich dabei für unsere Frage entscheidend Neues ergeben würde.

Unter den Erlebnissen, die nicht unmittelbar organisch bedingt sind, spielt die Besonderheit der Zwillingssituation vielleicht die größte Rolle. — Zweieiige Zwillinge sind von Kindheit auf gewöhnt, verschiedene Antworten auf gleiche Situationsfragen aneinander zu sehen; dagegen empfinden eineiige die allmählich sich entwickelnde Verschiedenheit als Entfremdung, die möglichst vermieden wird. Wenn z. B. Hilde etwas tut, was gegen das Gemeinsame »Wir«-Ideal verstößt, so versucht Herta in das Leben ihrer Schwester einzugreifen, um die Diskordanz zu beseitigen. — Aus der Tagebuchnotiz des Vaters: »Schon seit längerer Zeit spielen die Kinder, daß sie unsere Mamas sind; beide nennen sich Frau Lila« darf man vielleicht auch auf ein kindliches Training in Richtung dieses Konkordanzen erzeugenden »Wir«-Ideals schließen. — Bei einem andern mir bekannten Zwillingspaar soll bemerkt worden sein, daß die beiden einander ähnlicher wurden, wenn sie nach längerer Trennung wieder einige Zeit zusammenlebten. — Hilde fühlte sich fast verletzt, als ich eine anthropologische Eineiigkeitsdiagnose für nötig erklärte: sie empfand den Zweifel an der Erbgleichheit so, als ob ich an der herzlichen Verbundenheit der Schwestern, an ihrem gegenseitigen guten Verstehen gezweifelt hätte[5]). — Dieser Glauben, Verschiedenwerden sei notwendig Entfremdung, könnte ganz dieselben Konkordanzen erzeugen, wie die Erbgleichheit[6]).

---

[5]) Daß Herta von der festgestellten Erbgleichheit beinahe enttäuscht war, hat einen ganz anderen Grund: sie möchte die vorhandenen Verschiedenheiten sich irgendwie erklären können.

[6]) *H. Hartmann* hat neuerdings (»Über Zwillingsforschung in der Psychiatrie«, Wiener med. Wochenschr. 1933) wieder darauf aufmerksam gemacht, daß die gegenseitige Gefühlsbindung bei den Eineiigen eine Fehlerquelle ist, die unter Umständen Analogieschlüsse von der somatischen Vererbungsforschung auf die Zwillingspsychologie verbieten könnte.

Entsprechend darf man vielleicht als Ursache für gebundene Diskordanzen annehmen das Gefühl, daß das Zwillingsgeschwister in bestimmten Beziehungen einen unerreichbaren Vorsprung hat, so daß der andere Zwilling an dieser Stelle aufgibt und sich lieber in einer Richtung bemüht, wo sein Geschwister noch keinen großen Erfolg hatte. So können also gebundene Diskordanzen zurückgeführt werden auf das Ziel, in verschiedener Art doch Gleichwertiges zu erreichen.

Doch wenn wir auch der Meinung sind, daß die Wirkung von subjektiv geglaubten, unbewußten oder unverstandenen Annahmen auf psychische Abläufe oft nicht genügend in der Vererbungswissenschaft beachtet wurde, so denken wir dabei nicht daran, solche Annahmen als Drittes neben Anlage und Milieu zu stellen. Suggestionen und Autosuggestionen sind ebenso erb- und umweltbedingt wie alles andere; nur die Beziehung Konkordanz-Erbmasse, Diskordanz-Umwelt könnte durch ihre Wirkung stellenweise ganz erheblich gestört werden.

Hat aber die Feststellung von gebundenen und freien Diskordanzen nicht noch eine andere, mehr biologische Seite? Gebundene Diskordanzen, die wie zwei Zahnräder ineinandergreifen, müssen wir ja auch bei jeder Zellteilung annehmen! Denn eine absolut mathematisch genaue Halbierung kann es bei der Mitose ebenso wenig geben wie sonst irgendwo in der Wirklichkeit; es werden sich immer Vorsprünge an der einen Hälfte, entsprechende Lücken an der anderen bilden. Wenn man so grobmechanisch die Spaltung eines Chromosoms analog der eines Holzstückes denkt, so ist die Entstehung von gebundenen Diskordanzen damit natürlich nur recht mangelhaft erklärt, aber doch zumindest an einem Vergleich erläutert. — Und woher nun die freien Diskordanzen? Primitivste Erklärung: durch Umwelteinflüsse, die ja auch die Vorsprünge und Ecken des Holzsplitters abschleifen können. Wenn eine Nachprüfung an frühzeitig getrennten Erbgleichen ergeben sollte, daß Umwelteinflüsse hier nicht entscheidend sind, würden wir eine Verbindung zu Experimenten über Regeneration suchen. Denn auch dort ist es ja so, daß der Organismus einen Defekt, den wir in unserem Falle durch die (nicht mathematisch genaue) Trennung entstanden denken, nach Möglichkeit ausgleicht und zum Ganzen (hier vielmehr: zu zwei Ganzen) abrundet.

Wir müssen also drei »Erklärungen« der Diskordanzen nebeneinander stellen: Die erste bezieht sich auf die Erbanlage und die biologischen Teilungsvorgänge, die zweite auf Umwelteinflüsse, die dritte rechnet mehr, als sonst üblich ist, mit einer besonderen Erscheinungsform der beiden ersten (Suggestionen).

Welche von den dreien die »richtige« ist, oder ob im einzelnen Fall alle zusammenwirken, können wir nicht entscheiden.

Noch an einer anderen Stelle steht die Gegensätzlichkeit und damit die Problematik der verschiedenen Betrachtungsweisen in vollem Licht. Wenn man z. B. Hertas Gefühl, nicht unterrichten zu können, zusammenhält mit der gleichzeitig beginnenden Erkrankung, wenn man die auffallende Parallelität von körperlichen und geistigen Vorgängen in dem ganzen Zwillingsleben beachtet — oder welche Tatsache der Biographie man sonst nur immer ansehen mag: man wird die Abhängigkeit der Persönlichkeitsentwicklung von den einwirkenden Faktoren ausnahmslos bestätigt finden; zum mindesten darf man aber annehmen, daß eine solche Bestätigung bei noch genauerer Kenntnis aller Einzelheiten sich finden ließe. — Doch wer mehr als Arzt, weniger als Wissenschaftler an diese Dinge herantritt, wird sie vielleicht von einer ganz anderen Seite sehen. Er nimmt als Ausgangspunkt das Gefühl der Schuld, das unsere Zwillinge an einigen Stellen aussprechen und das bei Herta eigentlich überall zwischen den Zeilen fühlbar wird. Hertas lebhaftes Temperament ist ja nur die geglättete Oberfläche, hinter der man deutlich das Gefühl, belastet und gehemmt zu sein, spürt. Hilde dagegen, die dies Gefühl des Defektes ursprünglich stärker empfand als Herta, befreit sich davon allmählich immer mehr. Herta glaubt zwar halb und halb, dieselben Möglichkeiten zu haben wie ihre Schwester, aber sie sieht sich in ihrer Entschlußlosigkeit gefangen wie in einer Falle — und trotzdem ein Schuldgefühl, daß wir nur auf eine einzige Weise als sinnvoll begreifen können: wenn wir uns von ihm darauf hinweisen lassen, daß hier ein Mensch mehr oder weniger auf die Freiheit der Selbstgestaltung verzichtet; während die erbgleiche Zwillingsschwester eine klarere Stellungnahme zur inner- und außerindividuellen Wirklichkeit findet, den Irrtum und damit das Gefühl der Schuld teilweise, doch immer tiefer überwinden lernt.

Hier scheinen zwei Deutungen ganz grundsätzlich einander gegenüberzustehen: die eine weist auf die objektiven Kausalzusammenhänge (z. B. zwischen organischem und psychischem Geschehen) hin, die andere sieht die gleichen Zusammenhänge, aber nur vom Subjektiven aus. Noch ein Beispiel: eine fehlerhafte Annahme scheint in der einen Perspektive (der Passivität) als Suggestion, die sich dem Individuum gewaltsam aufdrängt; dieselbe Tatsache läßt sich unter einem anderen Gesichtswinkel (Aktivität) als Irrtum ersehen, für den, wer irrt, vielleicht vor sich selbst verantwortlich sein könnte. — Doch mit solchen Überlegungen sind wir schon weit hinaus über die

Grenzen der Zwillingspsychologie und möchten deshalb mit folgenden Worten von *G. Just*[7]) abschließen:

»Dadurch, daß menschliches Leben, daß das Leben eines jeden Einzelnen unter uns einer objektiven Beobachtung und Betrachtung in grundsätzlicher Unbegrenzheit zugänglich ist, verliert es, von sich selbst aus gesehen und in Hinsicht auf sich selbst, nichts, aber auch rein gar nichts von seinem ihm eigenen subjektiven Sein, vor allem nichts von seinem Werte... Wenn auch im einzelnen Falle die Schatten einer mißverstandenen objektiven Betrachtungsweise die Blüte subjektiven Lebens zu schwächen vermögen, ja wenn... in der inneren Zuordnung von Subjektivem und Objektivem eine der wichtigsten Aufgaben persönlicher Geisteshaltung liegt, so ist die Möglichkeit einer solchen, scheinbare Gegensätzlichkeiten ausgleichenden Zuordnung eben darin gegeben, daß es sich um zwei ihrem Wesen nach nicht kongruente Ebenen des Geistigen handelt.«

Die Gefahr der »unkritischen Vermengung subjektiver und objektiver Betrachtungsweise« (*G. Just*) war die bei weitem größte Schwierigkeit, die sich aus der Arbeit ergab, und zugleich die entscheidende Aufgabe, deren Lösung mir sicher nur zum kleinsten Teil gelungen ist. Denn jede Überbetonung der wissenschaftlichen Seite der Sache stieß selbstverständlich auf den berechtigten Widerstand der Schwestern. Vermutlich würde der Leser auch nicht gerade die privatesten und empfindlichsten Bezirke seines Lebens als »Schlachtopfer« für den Altar der Wissenschaft zur Verfügung stellen. Und überschritt ich in der entgegengesetzten Richtung die Grenze, so wird man den Mangel an System, an Klarheit und Exaktheit mit Recht kritisieren. Die erwähnten Worte von *G. Just,* in denen übrigens ein lange vor unserer Zeit entstandener Gedanke wieder zu Ehren kommt, sind mehr als bloß eine philosophische Spekulation; mir scheint damit ein Ausweg aus den geschilderten praktischen Schwierigkeiten bezeichnet, die sich nach meiner Erfahrung auf keine andere Weise leichter lösen lassen.

Es kam hinzu, daß die Publikation anfangs nur von außen, als Aufgabe an die Zwillinge herantrat, während sonst ein Bericht über noch lebende Menschen oft dadurch erleichtert wird, daß er einem Wunsch des Betreffenden entspringt, seine Gedanken und Erlebnisse entweder selbst oder durch den Mund eines anderen zu veröffentlichen. Daß für die Schwestern daher das Ganze nicht immer reine Freude, sondern oft schwere Belastung war, braucht nicht erst erklärt zu werden. — Hier am Ende der Arbeit sei den beiden Ungenannten noch einmal ganz persönlich der herzlichste Dank gesagt.

Das Ziel, dem unsere Arbeit dienen möchte, ist gegeben durch eine Frage, die, wenn auch nicht immer ausgesprochen, doch im Mittelpunkt der Vererbungswissenschaft steht. Ist ein Mensch schicksalsmäßig begrenzt durch das, was er in sich und um sich vorfindet, oder (was kein Gegensatz zum Ersten zu sein

[7]) In: Vererbung und Erziehung. Berlin 1930.

braucht) haben Erbmasse und Umweltwirkungen dieselbe Funktion wie jede Summe von Einzelteilen in jedem lebendigen Ganzen: die Aufgabe, Baustoff zu sein für das Ganze? Persönlichkeit wäre dann lebendige Gestalt, die aus dem Material der zum Teil unabänderlichen Tatsachen schöpferisch frei sich aufbaut. — Die Frage nach dem schicksalhaft Gegebenen lohnt es sicher, daß die besten Vererbungsforscher sich darum bemühen; doch noch wesentlicher ist vielleicht: was macht der einzelne aus der Erbmasse und der Umwelt, die ihm gegeben ist? Wie setzt er seine Kräfte ein — etwa in schwieriger Situation, wenn es gilt, sich selbst zu befreien oder einem andern zu helfen? Und da die Frage so immer noch zu abstrakt gestellt ist, mag jeder als konkretes Beispiel unser Zwillingspaar oder, wenn er will, auch sein eigenes Leben verwenden.

So lange man unkritisch subjektive und objektive Betrachtungsweise miteinander vermengt und gerade deshalb meint, einen Menschen als Ganzes zum Untersuchungsobjekt machen zu können, kann man nicht sehen, daß Persönlichkeit auch tätiges Subjekt, also mehr als nur dem Schicksal ausgeliefertes Material ist. Schon deshalb muß, soweit es sich um die Persönlichkeit handeln soll, die Frage nach den Zwillingen erweitert werden zu der nach der ganzen Arbeitsgemeinschaft, auch besonders nach der menschlichen Beziehung des »Untersuchenden« zu den beiden andern, mit denen er zusammenarbeitet. Und wenn man hier konsequent zu Ende denken will, so darf es zwischen den Zwillingen und mir keinen Unterschied der Stellung mehr geben; denn in Wirklichkeit ist ja jeder einzelne von uns Dreien Forscher und Forschungsgegenstand zugleich.

Da solche Anschauungen zwar vielleicht wissenschaftlich einwandfrei, jedenfalls aber nicht nachweisbar richtig sind, könnte das Leben unseres Zwillingspaares höchstens indirekt, einfach dadurch, daß die beiden Menschen da sind, zur Klärung der Sache beitragen. — Leider sind in meiner Arbeit viele unklare, unausgereifte Stellen stehengeblieben, Vieles (genau gesagt: fast alles), was ich heute gern anders sagen würde. Immerhin habe ich am meisten gerade an dem gelernt, was mir erst spät oder überhaupt noch nicht gelungen ist; ob auch der Leser ein wenig daran lernen kann, mag er entscheiden.

Anhang.

Anthropologische und klinische Hilfsdaten.

Aus dem Gutachten des Wiener Anthropologischen Institutes:

Alle anthropologischen Befunde sprechen für Erbgleichheit der Zwillinge. Es bestehen zwischen ihnen keine nennenswerten körperlichen Unter-

schiede (Anm.: Allerdings erst nach Erholungsurlaub! Siehe S. 9). Die Spuren stärkerer Umweltschäden (z. B. schlechter Ernährungszustand) bei Hilde werden etwa ausgeglichen durch Folgen der Krankheit bei Herta. »Gebundene Diskordanzen« waren demnach anthropologisch nicht festzustellen.

Herta war bis vor kurzem immer ihrer Schwester körperlich voraus: Gewichtsunterschiede etwa 6—10 kg; sie war früher meist weniger schwer krank als Hilde; Menarche Herta $12^1/_4$ Jahr, Hilde $12^1/_2$ Jahr.

Hilde hatte bis 1928 oder 1929 häufig fieberhafte Erkältungskrankheiten und danach meist noch wochenlang subfebrile Temperaturen. Herta hält es für möglich, daß Hilde auch jetzt noch öfters Temperaturen hat. Näheres ist leider nicht zu erfahren.

Die Diagnose »Lymphogranulom« wurde gestellt durch Herrn Privatdozent Dr. *E. Lauda* von der Wiener II. Medizinischen Klinik, unter dessen klinischer Beobachtung sich Herta seit Jahren befindet. Die Klinik besitzt von Herta eine ausführliche Krankengeschichte, die Herr Prof. Dr. *Jagic* mir freundlicherweise zur Verfügung stellte. Daraus hier nur das Allerwichtigste:

Histologischer Befund des Wiener Pathologischen Institutes vom 5. II. 1932 nach Probeexzision einer Lymphdrüse: Junges Lymphogranulom (gez. Priv.-Doz. Dr.) *Chiari*.

1925 Krankheitsbeginn mit Schwellung des Halses, Mattigkeit, Temperaturen. Seit 1930 zeitweise unerträgliches Hautjucken; durch Infektion der Kratzeffekte Furunkulose. Juli und August 1932 Herzbeschwerden (durch Druck eines Lymphoms der Hilusgegend), die auf Röntgenbestrahlung rasch zurückgingen; September 1932 erster schwerer Fieberanfall (bis 40°); November 1932 Unterschenkelphlegmone.

Während der ganzen Erkrankung ging es Herta im Winter regelmäßig schlecht; sie war zwar meist berufsfähig, hatte aber immer Temperaturen, hat abgenommen. Im Sommer Erholungsurlaub, Gewichtszunahme, weniger oder keine Temperaturen, normaler Schlaf, fast kein Hautjucken; Herta fühlte sich dann oft monatelang (z. B. Juni bis Oktober 1933) völlig gesund. Von dieser Regel machte bisher nur der Sommer 1932 eine Ausnahme.

(Aus der Staatsanstalt für Geistes- und Nervenkranke Kobierzyn bei Kraków; Direktor Dr. *W. Stryjeński.*)

Beiträge zur Kenntnis der exogenen paranoiden Zustände.

Von

Juljan Dretler.

Das Studium der paranoischen Prozesse und Syndrome, sowie paranoischer Erlebnisse, die durch die Arbeiten der Züricher Schule (insbesondere *Bleuler* und *Maier*) einer so gründlichen Analyse unterworfen wurden, steht heute wieder im Brennpunkt des psychiatrischen Interesses. Trotz vieler scharfsinniger Arbeiten der Tübinger Schule, der Heidelberger Forscher sowie vieler anderen (*Lange*, *Ewald*, *Kehrer* usw.), stehen wir heute noch ratlos vor vielen Zweideutigkeiten, verwickelter psychopathologischer Problematik, nosologischen Unklarheiten oder gar vor noch nicht genügenden Formulierungen der Grundbegriffe auf diesem Gebiet.

Es schien mir also der Mühe wert, Fälle von paranoischen Zuständen oder Erlebnissen, die im Zusammenhang mit ausgesprochen exogenen Prozessen stehen, einer speziellen Untersuchung zu unterwerfen. Die ersten Analysen auf diesem Gebiete gehören den symptomatischen Psychosen an und den psychischen Erscheinungenn der chronischen Encephalitis epidemica. Die Zusammenstellung zweier so verschiedener Prozesse ist in dieser Arbeit nicht zufällig, und der Grund dafür wird sich später klar ersehen lassen.

Als Hauptergebnis unserer Forschungen buchen wir folgendes:

A.

In 13 Fällen von symptomatischer Psychose konnten wir einen eigenartigen Verlauf feststellen: Während eines akuten körperlichen Prozesses erkranken die Patienten unter den Erscheinungen von Benommenheit, Delirien, Halluzinationen usw. Dieses delirante Stadium dauert einige Tage, nachher stellt man nicht, wie in gewöhnlichen Fällen, eine Genesung fest, sondern einen paranoischen Zustand, der einige Tage dauert, um dann spurlos wieder zu verschwinden. Ein kurzes Beispiel zur Veranschaulichung dieses Verlaufes:

A. W. 27 Jahre alt. Familienanamnese und Kindheit belanglos. Als Mädchen begabt, lernte fleißig, immer lustig und gesellig. Wegen Armut

mußte sie schon früh Arbeit suchen. In dieser Lebensperiode ist sie ernst und gewissenhaft, von den Arbeitgebern gelobt. Sie bleibt auf einer Stelle längere Zeit, fast immer bis zur Reife des Kindes. Im 23. Lebensalter verließ sie ihr Bräutigam wegen ihrer Armut. Einige Wochen ist sie traurig, rafft sich aber dann zusammen. Von diesem Ereignis an sammelte sie ihr Einkommen, um nicht mehr ähnlichen Schicksals Opfer zu werden.

Sie ist krank seit 8 Tagen. Am zweiten Tag einer schweren septischen Angina fühlt sie sich sehr matt, spricht unwillig. Will keine Arzenei annehmen, in der Nacht sieht sie Gestalten, fürchtet allein im Zimmer zu bleiben, ist aber noch ruhig. Nach fünf Tagen wird sie erregt, benommen, es wird unmöglich zu Hause sie im Bett zu halten. Sie stöhnt und jammert, es kommen Drangzustände zum Vorschein, sie will vom Fenster springen. In der letzten Nacht weckte sie alle Hausleute, sie sollen sich retten, das Haus brenne, falle in Trümmer usw.

Im Krankensaal stellt man tiefe Angstzustände fest. Die Kranke ist unruhig, völlig inkohärent, jede Probe ein Gespräch mit ihr zu führen scheitert.

Nach 24 Stunden ist sie etwas ruhiger, aber es ist weiter unmöglich mit ihr zu sprechen. Sie spricht im kindlich-weinenden Ton vor sich hin; manchmal kann man jedoch hypochondrische Klagen feststellen.

Nach weiteren zwei Tagen beginnt der körperliche Prozeß langsam zu weichen. A. W. ist immer ruhig, man kann mit ihr ein kurzes Gespräch führen. Sie klagt, daß ein dumpfes Gefühl im Kopf sie störe, sie wisse nicht, was mit ihr geschehe. Sie wisse, daß sie krank war, über ihr psychisches Erleben kann sie dem Untersucher nichts angeben.

Nach weiteren drei Tagen wird A. W. ruhiger und mehr besonnen. Sie hat eine klare Einsicht in die körperliche Krankheit, beurteilt die hypochondrischen Klagen als irrig. Zu dieser Zeit aber kann man an ihr etwas neues beobachten. Mit anderen Kranken spricht sie ungern, obwohl sie ihnen früher recht viel Interesse schenkte. Dem Untersucher antwortet sie mit Monosyllaben, ironisch, daß sie im Krankenhaus ist, welches eher einem Gefängnisse gleicht.

Etwas später wird die Kranke mehr gesprächig, ergibt sich williger den Explorationen. Eine Angina, wie schwer sie auch sei, genüge noch nicht zum Internieren. Der Grund dafür liege viel tiefer. Man wollte sie vom Haus, wo sie angestellt war, loswerden, die Brotgeberin wollte sie von ihrem Manne fern halten. Sie wäre immer sehr ernst gewesen, hätte nie Flirt im Hause, wo sie angestellt war, getrieben. Da aber knüpfte sich ein leises platonisches Verhältnis zwischen ihr und dem Hausherrn. Sie wußte sehr gut, daß sie geliebt ist, und antwortete auch mit demselben Gefühl auf die Sympathie des Herrn. Sie hätten fast nie miteinander gesprochen, aber sie hätten sich recht gut verstanden. Die Kranke schuf sich ein Alphabet von Gesten und Blicken, die immer etwas bedeuteten, sogar auch damals, wenn der Herr sie nicht einmal anschaute. Diese Idylle dauerte so lange, bis die Brotgeberin etwas davon erfuhr. Es blieb für die Kranke ein Geheimnis, wie dies erhascht werden konnte. Seit diesem Moment änderte sich alles im Hause. Sie hörte von der Hausfrau kein Wort, aber bei jeder Gelegenheit bekam sie zu verstehen, daß sie gebrandmarkt ist, und daß die Hausfrau sich auch vor Intriganten und Eindringlingen zu wehren verstehe. Jedes Wort war für die Kranke wie ein Giftpfeil, die

Kinder wurden durch die Brotgeberin belernt der Kranken an jedem Ort und Stelle Mißachtung zu zeigen. Sie hörte Eifersuchtsszenen, die aus ihrer Sympathie gemacht wurden. — Und jetzt muß die Kranke gestehen, daß die Brotgeberin sich wirklich zu wehren verstehe, dies aber auf eine so niederträchtige Weise, daß sich damit der Staatsanwalt und das Gericht beschäftigen werden müssen.

Diese Wahnideen hält die Kranke etwa fünf Tage fest. Nachher wird sie für die Persuasionen immer empfänglicher, ihr Mißtrauen wird immer flacher, sie spricht jetzt ungern von der zweiten Krankheitsperiode; gesteht endlich mit viel Scham und Kummer, daß die letztgenannten Erlebnisse auch krankhaft waren. Nach 11tägigem Aufenthalt im Krankenhaus wird sie als völlig geheilt entlassen.

Nach der Entlassung konnte man zwei Jahre hindurch ihre Lebensschicksale verfolgen. Zuerst war sie in derselben Stelle, fühlte sich aber dort schlecht und verließ sie nach einigen Monaten. In einer anderen Stellung arbeitete sie zwei Jahre, war ruhig und gewissenhaft und verriet nicht leiseste Spur einer psychischen Krankheit. Nachher ging sie in eine Stelle, wo sie unsere Katamnese nicht mehr auffinden konnte. Nach Angaben ihrer Angehörigen soll sie dann auch geheiratet haben.

Diese Krankengeschichte, nur in wichtigsten Einzelheiten dargestellt, soll als Beispiel für die weiteren Betrachtungen dienen. Andere Krankengeschichten bieten in Grundzügen einen ähnlichen Verlauf dar. Als Merkmale des klinischen Verlaufes erscheint in diesem, wie auch in anderen Fällen: ein akut delirantes Stadium, das für die symptomatische Psychose so typisch ist, nachher aber schiebt sich zwischen dieses Stadium und die völlige Genesung ein paranoischer Zustand ein, der einige Tage dauert, um dann spurlos zu verschwinden. Noch einige Bemerkungen über die Dauer der einzelnen Stadien: Die ganze Krankheit (vom Anfang der körperlichen Symptome bis zur völligen psychischen Genesung) dauerte 15 bis 32 Tage. Die psychotischen Symptome dauerten 14, 12 und 5 Tage bei je einem Kranken, 10 und 8 Tage bei je zwei Kranken, 15 und 9 Tage bei je drei Kranken. Der körperliche Prozeß schwand vor dem Schwinden der psychischen Erscheinungen in drei Fällen, bei zwei Kranken war es umgekehrt, beim Rest konnte man ein paralleles Weichen der körperlichen und psychischen Symptome beobachten. Bei allen verlief die Psychose in zwei scharf begrenzten Perioden. Der erste Teil der Krankheit dauerte 2—4 Tage, der Rest gehörte dem zweiten Krankheitsbild. Nach dem Verlassen des Krankensaals klagten noch fast alle Kranken über subjektive Beschwerden wie Abulie, Apathie, Ratlosigkeit usw. Diese Beschwerden waren aber denjenigen, die man auch nach anderen schweren Krankheiten findet, völlig gleich. Gänzliches Genesen erlebten alle Kranken in einer Zeit von 10 bis 60 Tagen. In der Katamnese, die eine Periode von 2,5 bis 4 Jahre umfaßte, waren keine Psychosen oder Abknickungen in der Persönlichkeit der ehemaligen Kranken zu

finden. Nur bei einem Kranken sahen wir eine symptomatische Psychose während eines typhus abdominal. (1,5 Jahre nach der Entlassung), welcher aber keine paranoischen Züge beigemischt waren.

Zur speziellen Analyse der Wahninhalte sei nur bemerkt, daß man ein großes Übergewicht des Verfolgungs- und Beobachtungswahnes feststellen konnte.

Die nosologische Frage, die wir uns bei der Betrachtung aller Fälle gestellt haben, ob wir bei diesen Kranken wirklich ein eigenartiges symptomatisches Syndrom haben, ob hier nicht etwa endogene Prozesse (hauptsächlich Schizophrenie) vorliegen, mußten wir zugunsten der symptomatischen Psychose entscheiden: Bewußtseinseinengung bis zur völligen Verwirrung, Halluzinose, Delirien, kurze Dauer des paranoischen Zustandes, Amnesie für die akute Periode, belanglose Katamnese, sowie Untersuchungen, die bald berücksichtigt werden sollen, sprechen für diese Entscheidung.

Da nur ein Teil aller an symptomatischer Psychose erkrankten Patienten einem derartigen Verlauf unterworfen war, wendeten wir unsere Aufmerksamkeit auf konstitutionelle Dispositionen, um eventuell dort Anhaltspunkte für die Erklärung eines solchen und nicht anderen Verlaufes zu finden. Die Untersuchungen der Aszendenz, des Körperbaus, der Temperamente sowie Charaktere unserer Kranken wurden zu diesem Ziele durchgeführt.

In der Aszendenz wurde eine Belastung mit symptomatischen Psychosen in 0,5% gefunden (gleich den Ergebnissen von *Runge*). Zwischen den Familienmitgliedern unserer Kranken konnte man insgesamt 419 Fälle untersuchen. Wir haben unter anderem Krankengeschichten der hiesigen Anstalt wie auch der neur.-psych. Abt. des St. Lazarus-Krankenhauses in Krakau (Prim.-Doz. *Artwiński*) benützt. Die Aszendenz wurde bis P. III., die Deszendenz bis F. II. untersucht. In diesem Material stellte man einige psychische Krankheiten fest: Schizophrenie 5mal (in zwei Familien), manisch-depress. Irr. und Epilepsie je 3mal (in zwei bzw. einer Familie), ca. 11 Personen aus fünf Familien konnten als Psychopathen bewertet werden; außerdem fanden wir einige organische Demenzen, darunter progr. Paralyse und Altersblödsinn. — In keinem Falle jedoch konnten wir eine deutliche Belastung finden, die pathognomisch für die Erkrankung des Probanden wäre. Die Charakter-, Temperament- und Körperbauuntersuchungen in diesen Familien hatten kein eindeutiges Ergebnis zur Folge: in denselben Familien fanden sich Vertreter verschiedener Körperbauformen, dieselben Temperamente oder Charaktere konnte man in verschiedenen Familien finden. Paranoische Züge oder Einstellungen, wenn sie überhaupt in diesen Familien vorhanden waren, sind nur hie und da angedeutet.

Die Körperbauuntersuchungen sowie Temperamentsanalyse unserer Kranken hatten auch kein eindeutiges Ergebnis. Fast alle unsere Kranken waren Mischlinge, bei denen das Übergewicht der pyknischen Komponenten nur sehr leise angedeutet war. Die Temperamentsanalyse nach

dem Verfahren von *Ewald* zeigte eine, aber sehr schwache Mehrzahl von Hypomanischen, die aber der Norm sehr nahestanden.

Die Untersuchungen über den Charakter führten wir in einer sonst üblichen Weise durch. Wir untersuchten unsere Kranken auf die Anwesenheit der klassischen paranoischen Züge (Stolz, Mißtrauen, Unmöglichkeit der sozialen Adaptation usw.), in keinem Falle jedoch konnten wir diese Merkmale alle zusammen finden; einzelne von diesen Merkmalen konnten wir während der Kontrolluntersuchungen bei anderen, nicht paranoischen Kranken, beobachten. Wir wendeten uns also zu Methoden, die, obwohl sie schematisieren und den Charakter zahlenmäßig zu erfassen suchen, dennoch mehr Eigenschaften berücksichtigen. — Sowohl mit der Methode von *Ewald* wie mit der Zuhilfenahme des *Klages-Lange*'schen Verfahrens konnten wir vorpsychotische Eigenschaften nur mit Hilfe der Anamnese rekonstruieren. In dieser Zeit sollten sich keine paranoischen Züge finden, die Kranken boten damals verschiedene, pathognomisch banale Charaktereigenschaften. Erst während der Krankheit, in der zweiten Periode konnten wir Eigenschaften beobachten, die bei der Mehrzahl der Kranken ohne jeden Zweifel vorhanden waren. Im *Ewald*'schen Modell entpuppten sich die Kranken als Stheniker, im *Klages-Lange*'schen Schema konnte man die stärkere Ausprägung der Merkmale, die für die Stimmungsherrschaft, Egoismus. Leidenschaftlichkeit Zeugnis gaben, finden. Nach der Krankheit, als die Nachgeschichten der Kranken gesammelt wurden, ergab sich, daß die Kranken keine paranoischen Züge offenbarten, sie waren wieder dieselben, wie sie vor der Krankheit gewesen sein sollten. Mit anderen Worten:

Vor wie nach der Krankheit waren unsere Patienten gänzlich unauffällig, während der Krankheit stellten sie Charakterstrukturen dar, die nach der Angabe von *Ewald* und *Lange* als typisch für paranoide Einstellung beurteilt werden können.

Kehren wir zur Besprechung der Zeit der ersten paranoiden Züge zurück. Nachdem sich die Bewußtseinstrübung der ersten Periode zurückzog, erinnerten sich die Kranken zwar nicht an das Vorangegangene, hatten aber doch das Bewußtsein, daß sie krank waren und Angstzustände hatten. Spezielle Untersuchungen ergaben, daß in der Zeit, in der sie schon im Kontakt mit der Umgebung standen, ihr Persönlichkeitsbewußtsein etwas schwankte. Evidenz und Verhältnis zu eigenen Erlebnissen, die innere Verarbeitung der Außenwelt, die schon bei klarer Besonnenheit erlebt wurde, unterscheidet sich erheblich von der Norm. Es sei dahingestellt, weil es leider unmöglich festzustellen war, ob diese subtilen Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins mit einer dysthenischen Affektstörung, die gerade in dieser Zeit festzustellen war, im Zusammenhang stand. In dieser Zeit also stellte man die ersten paranoiden Züge fest. In der Mehrzahl handelte es sich um Zweifel über die Lage des Kranken. Diese Zweifel waren zuerst von keinem peinlichen Gefühl begleitet, erst später, als der Kranke seine neue Situation im Krankenhaus nicht erfassen konnte, offenbarten sich neben dem Zweifel noch Deutungen, die

bald eine spezifische Einstellung bekamen. In der Mehrzahl handelte es sich um Proteste gegen die Zweckmäßigkeit der Internierung, die schon in paranoischer Weise gedeutet wurde, wie auch andere spätere, den Kranken unbequeme Erlebnisse. Von diesem Moment an beginnt schon eine typische Verarbeitung, die zur Wahnäußerung führt.

Das Wahnmaterial wurde in mehrfacher Weise verarbeitet. Es wurden vorwiegend vorpsychotische Erlebnisse wahnhaft gedeutet und umgearbeitet (eine Art von délire interprétatif rétrospectif), manche Aussagen der Kranken deuten auf ein Bestehen eines délire postonirique hin, indem ein Gedanke, der in der akuten Periode für den Kranken einen besonderen Wert gewann, länger verbleibend, zum Kern weiterer Wahnausarbeitung wird.

In bezug auf die allgemeine Art des Wahnsystems hatten wir 6 Fälle als sensitiv-, 6 als katathym- und 2 als kampfparanoisch unterschieden.

B.

Auf 67 Fälle der chronischen epid. Enzephalitis, die in hiesiger Anstalt einer längeren Beobachtung unterworfen waren, konnten wir 7 Fälle mit Wahngebilden feststellen. In anderen Fällen wurden Wahnerlebnisse überhaupt vermißt oder nur in Spuren angedeutet. Auch hier soll ein Beispiel weitere Betrachtungen erleichtern.

S. M. 36 Jahre alt. Familiengeschichte belanglos. Keine psychischen oder körperlichen Krankheiten. Immer gesellig, in der Schule nicht sehr tüchtig, jedoch fleißig, hatte mehr Interesse für Hausarbeiten als für das Lernen. Mit dem Mann lebte sie gut, gebar zwei Kinder, keine Mißgeburten.

Anfang 1918 akute Periode der enc. epid. Döselt durch die Tage hindurch, in der Nacht unruhig. Nach zwei Wochen wieder gesund. Drei Jahre später stellten sich die ersten Erscheinungen der chronischen Periode ein.

In der Anstalt bestätigt man die Diagnose eines typischen Parkinsonismus, der langsam immer ruhiger wird, beginnt systematisch zu arbeiten, hat immer seltener Wutanfälle, die sie in die Anstalt geführt haben. Sie gesteht, daß die Kopfgrippe eine Ursache ihrer Krankheit ist. Während dieses Aufenthaltes sind in ihrer Krankengeschichte keine anderen besonders auffälligen Erscheinungen erwähnt.

Sie kommt ein Jahr später wieder in die Anstalt. Zu Hause sollte sie zuerst ruhig gewesen sein, dann aber klagte sie über körperliche Beschwerden, in der letzten Zeit auch über sensible Störungen und behauptete auch Stimmen zu hören und Personen zu sehen.

In der Anstalt ist die Kranke ruhig, sie verneint jedoch, daß die Grippe ihre Unterbringung in der Anstalt verursacht hatte. Zuerst gesellig, wird sie allmählich den Kranken und dem Personal verdächtig und feindlich eingestellt. Sie gibt jetzt zu (was sie früher verneint hatte), daß sie Stimmen höre. Es sind einzelne Wörter oder Phrasen, die ihr seltsam klingen. Sie wisse nicht woher diese Stimmen stammen. Es scheint ihr, als ob ihre Freundinnen ihr etwas telegraphieren. Es kommt manchmal vor,

daß sie gedankenlos dastehe, als ob ihr jemand ihre Gedanken gestohlen hätte. Manchmal hört sie ein Gedankenecho, manchmal fühlt sie, daß ihre Gedanken laut werden und durch die Umgebung belauscht werden. Alle diese Sensationen sind der Kranken höchst peinlich, sie wisse nicht wie sie ihrer loswerden könnte. Sie möchte nach Hause gehen, die Pflegerinnen seien ihr aber feindlich gesinnt, sie berichten dem Arzt Falsches über die Kranke. Sie wird auf eigene Bitten durch den Mann nach 10-monatigem Aufenthalt aus der Anstalt genommen.

18 Monate später muß die Anstalt wieder diese Kranke beherbergen. Während ihres letzten Aufenthaltes zu Hause ging es anfangs gut, später aber machte sie ihrem Manne Eifersuchtsszenen, fühlte sich beobachtet, verfolgt; letzten Endes beging sie ein Attentat, indem sie einen Keil auf ihren Mann warf.

In der Anstalt gesteht sie sofort, daß sie ein Opfer der Brutalität ihres Mannes ist. Sie wisse gut, daß ihr Mann sie verrate. In der Stadt sah sie immer Leute darüber sprechen. Ihre Freundinnen sagten ihr alles, nicht offen, sondern vermittels Gesten oder entsprechender Gesten. Manchmal hörte sie auch Stimmen der Freundinnen, die ihr alle Einzelheiten über des Mannes Wandel erzählten. Sie wußte dann bestimmt, daß ihr Mann sie, »den Krüppel«, ermorden wollte, sie mußte sich also verteidigen. Sie erzählt viel von Stimmen, die sie hört, und von solchen, die sie nur auf den Straßen beobachtet. Sie ist nicht imstande diese beiden Arten auseinanderzuhalten; es scheint, als ob sie Stimmen hörte, die immer dieselbe Genese hätten, manchmal aber z. B. auf den Straßen projiziert sie die Kranke auf fremde Menschen und beobachtet, wie sie über Dinge, die die Kranke angehen, sprechen. — Während des Aufenthaltes in der Anstalt klagt sie seltener über Sensationen, die sie vorher beunruhigten. Jetzt spricht sie nur mit Stimmen, die ihren Bekannten angehören. Manchmal klagt sie über coenästhetische Erscheinungen: sie sei durch den Mann vergiftet; manchmal in der Nacht fühlt sie, daß Schlangen erscheinen, um sie zu erwürgen; sie hatten gesagt, daß sie vom Mann hergesandt wurden.

Diese Erscheinungen dauerten durch mehrere Monate. Zwei Jahre später sanken sie allmählich, die Kranke sprach von ihnen immer weniger. Noch ein halbes Jahr und man stellt nur Spuren dieses Verhaltens fest. Endlich hört man auch beim dringlichen Nachfragen keine Wahnäußerungen, man beobachtete auch keine paranoiden Einstellungen gegen die Umgebung mehr. Dem Manne gegenüber war sie endlich völlig teilnamslos. In einem Zustande einer vorgeschrittenen Akinese wurde sie durch den Mann nach Hause genommen. Die Nachuntersuchung ergab, daß sie in einem völligen Siechtum zwei Jahre nach der Entlassung dahingeschieden ist.

In diesem Abschnitt sollen wie in A. die wichtigsten klinischen Tatsachen schematisch angeführt werden. Die paranoiden Erscheinungen traten bei diesen Kranken nach der akuten Periode der enc. epid.: 5 Jahre bei einer Kranken, 6, 7 und 8 Jahre bei je zwei Kranken auf. Diese Erscheinungen dauerten bis zum völligen Schwinden ein Jahr bei einem Kranken, 3 Jahre bei drei Kranken, eine noch längere Zeit in anderen Fällen. Auch hier überwiegen in den Wahnerscheinungen der Verfolgungs- und der Beobachtungswahn. Andere Wahnarten sind nur angedeutet. Die Wahnäußerun-

gen dieser Kranken sind monoton und flach (im Vergleich mit den Wahnäußerungen bei den in A. beschriebenen Kranken).

In der nosologischen Frage, die hier erwägt sein könnte, soll die eventuelle Annahme eines schizophrenen Prozesses abgewiesen werden. Die Begründung dieses Satzes wurde schon mehrmals durchgeführt; um sie nicht zu wiederholen, sei auf diesbezügliche Bemerkungen, die schon im Jahre 1922 in Frankreich erschienen (*Klippel*), wie auch auf gründliche Untersuchungen mehrerer Forscher in Deutschland wie auch in anderen Ländern (*Leyser*, *Neustadt*, *Stern*, *Steck* u. a.) hingewiesen. Übrigens werden wir noch im zweiten (zusammenfassenden) Teile über die Gründe einer Ablehnung der Schizophrenie berichten.

Wenn wir die konstitutionellen Gegebenheiten der Kranken untersuchen wollen sind wir leider in einer schlechteren Lage als bei A. Die hereditären Untersuchungen sind in diesen Fällen in einer geringeren Anzahl durchgeführt worden. Wir konnten nur über die nächste Familie Bericht erhalten. Unter diesen konnten wir keine psychischen Erkrankungen feststellen, auch keine auffälligen Charaktere oder Temperamente.

Die Vorgeschichte der Kranken ist durchweg belanglos. Auch in den ersten Monaten oder sogar Jahren ihres Aufenthaltes in der Anstalt konnte man keine abnormen Charaktereigenschaften feststellen (von den typischen enzephalitischen abgesehen), die die künftigen paranoiden Erscheinungen vorausahnen ließen; es wurden zwar (aus technischen Gründen) keine zahlenmäßigen Charakteruntersuchungen angestellt, aber die allgemeine klinische Beobachtung hat in dieser Zeit den sog. paranoischen Charakter gänzlich vermissen lassen. Erst später und zugleich mit dem Auftreten der Halluzinationen (über die noch berichtet werden soll) werden die ersten Züge der paranoiden Einstellung beobachtet. Diese werden immer deutlicher. Bei den Kranken, die nur auf der Stufe der Halluzinationen bleiben, wie bei solchen, welche in den freien Intervallen[1]) untersucht werden, sind sie viel schwächer als bei denjenigen, bei welchen deutliche Wahnerscheinungen auftreten, geäußert. Anders ausgedrückt:

Man konnte während der Anstaltsbeobachtung eine Entwicklung des sog. paranoischen Charakters feststellen. Dieser dauerte bei den Kranken immer länger als die Periode der Wahnerscheinungen. Wenn diese längst verschwunden waren, konnte man noch die paranoische Einstellung beobachten; auch die schwand allmählich zugleich mit dem Anwachsen der körperlichen Krankheit.

Zirka 5—7 Jahre nach der akuten Periode stellt man bei mehreren Kranken neben den typischen noch andere Symptome

---

[1]) Die Wahnerscheinungen werden nicht immer mit derselben Stärke ausgesprochen. Sie unterliegen Schwankungen, in welchen man Phasen mit einer »Acne«, sowie mit fast völligem Schwinden der Wahnerscheinungen feststellen kann.

fest. Man entdeckt zu dieser Zeit Symptome pathologischer Gnosie sowie abnormer Beurteilung der sinnlichen Gegebenheiten. Da diese Erscheinungen einen Zusammenhang mit den künftigen Wahnerscheinungen haben, was eine spezielle Studie zu beweisen glaubte, wollen wir einige Worte diesem Problem widmen. Die genannten Symptome lassen sich zum sog. automatisme mental (*de Clérambault*)[2]) einreihen. Es wurde festgestellt, daß diese Erscheinungen zum Vorschein treten, wenn andere schon bekannte Phänomene zur Geltung kamen (z. B. psychisches Tyndallphänomen — *Poetzl*, optische Alloästhesie, Erscheinungen, die den von *Beringer* beschriebenen ähnlich sind usw.). Es liegt die Annahme nahe, daß die Symptome des automatisme mental als eine Denkoperation, auf Grund primitiver psychosomatischer Phänomene entstanden, zu deuten sind. Kraft pathologischer sekundärer Bearbeitung werden weitere Reaktionen des Kranken entwickelt. Die einen, die ihrer Krankheit gegenüber noch kritisch sind. beurteilen diese Erscheinungen als krankhaft; andere, bei denen die Krankheitseinsicht vermindert ist, halten ihre abnormen Erlebnisse für reell. Die einen gestehen, daß die Ursache ihrer Gedankenleere in der Krankheit liegt, die anderen werden in der

---

[2]) Über dieses Syndrom hat in der deutschen Literatur vorübergehend *Gruhle* (die Psychologie der Schizophrenie) und eingehend *Minkowski* (Nervenarzt I.) berichtet. Was unsere Kranken anbelangt, soll bemerkt werden, daß diese Erscheinungen nichts mit dem Zwangsdenken während der Blickkrämpfe gemeinsames haben. Die Zwangserscheinungen (bei der Enzephalitis) stehen nicht immer mit Blickkrämpfen im Zusammenhang und diese lösen nicht immer psychische Zwangserscheinungen aus. *Stern* äußert sich, daß diese Zwangserscheinungen als Erlebnisse, offenbar nur Korrelate eines primären Hirnvorgangs — bei dazu konstitutionell disponierten Kranken — aufzufassen sind.

Dieser primär organisch gebundene psychische Vorgang ist der Krampf der Vorstellungen, der die Zwangsperseveration des letzten Denkgliedes oder eines affektbetonten Inhalts unter Bedingungen, die hier nicht berücksichtigt werden können, auslöst. Bei anderen Kranken aber kann derselbe Vorgang die Vorstellung einer wirklichen Gedankenleere hervorrufen; *Stern* berichtet über einen Kranken, von dem es heißt: ob diese Idee als völlig zwanghaft und als psychischer Fremdkörper erlebt wird, läßt sich aus der Schilderung des Kranken nicht mit völliger Sicherheit feststellen. Man hat vielmehr den Eindruck, als ob die Wertung dieser Ideen im Bewußtsein als krankhaft und Fremdkörper während des paroxysmalen Zustandes schwankt und keine völlige Klarheit über die Ideen eintritt, weil die Kraft zum aktiven Denken gelitten hat.«

Das Gedankeneinreden, die Beschleunigung des Gedankenaublaufs, eine Flut von primären (akustischen und optischen) Sinnesgegebenheiten — »mentisme« — hat auch nur korrelative Beziehung zu den primären, weiter nicht zerlegbaren psychischen Vorgängen, die durch organische Veränderungen hervorgerufen sind.

Umgebung die Ursache suchen, halten daran fest, daß z. B. der Gedankenentzug von der Umgebung verursacht ist, sie berichten sogar manchmal über den Gedankenraub. Zu dieser Zeit treten Erscheinungen, die im ersten Moment als Halluzinationen imponieren. Eine sorgfältige Untersuchung läßt jedoch diese Erscheinungen eine deutende Denkoperation erkennen. Die Kranken (v. dem angeführten Beispiel) erleben von Zeit zu Zeit Phänomene, die bei den Enzephalitikern bekannt sind; diese zuerst völlig amorphen und richtungslosen Sinnesgegebenheiten deuten sie sekundär in Wahrnehmungen, die ihr eigenes Leben unmittelbar betreffen.

Nur solche Fälle, die eben diese Verarbeitung aufweisen (und nicht alle Enzephalitiker weisen den automatisme mental auf), produzieren später Wahnerscheinungen. Man kann diese Entwicklung direkt beobachten. Schon aus diesen als »Halluzination«[3]) festgestellten Tatsachen können Spuren einer Wahneinstellung entlockt werden. In der Aussage: »man stiehlt mir meinen Gedanken«, bürgt sich schon m. A. die Einstellung gegen die Umgebung. Allmählich werden das Gehörte und Gesehene immer enger mit den Wünschen oder Befürchtungen des Kranken verbunden — katathyme Momente findet man immer leichter.

Zurzeit der klarsten Entwicklung des Wahnes treten die enzephalitischen Erscheinungen nie zurück, sie beherrschen immer das Krankheitsbild. Die Wahnerscheinungen treten allmählich seltener zum Vorschein. In der höchsten Ausprägung dauern sie 2—3 Jahre, nach dieser Zeit werden die Intervalle zwischen den Wahneruptionen länger, die Wahnerlebnisse werden flacher und undeutlicher — es kommt endlich eine Zeit wo die Kranken über die Wahnerlebnisse nicht mehr sprechen. Dies geschieht parallel mit der Verschlechterung der motorischen Symptome. Je mehr die Akinese wächst, je langsamer die Denkoperationen ablaufen, desto seltener spricht der Kranke über Wahnerlebnisse. Über solche befragt, verneinen die Kranken sie zu haben.

In der Mehrzahl der Fälle findet man in den Wahnideen Denkinhalte, die erst während der Krankheit entstehen. Nur hie und da findet man Ideen angedeutet, die mit dem vorpsychotischen Leben im Zusammenhang stehen. Die Wahnideen sind vorwiegend milieubedingt. Die allgemeine Richtung der Wahnerscheinungen ist vorwiegend sensitiv. Nur selten lassen sich Kampfeinstellungen finden, öfters findet man katathyme Momente.

Bevor die paranoischen Zustände speziellen Analysen unterworfen werden, soll noch hier die nosologische Stellung der be-

[3]) In meiner Kasuistik konnte ich Fälle, die wirkliche Halluzinationen aufweisen, nicht finden. Immer waren es nur sekundäre Denkoperationen.

schriebenen Syndrome durch die Abgrenzung gegen die am öftesten mit Wahnäußerungen verlaufende Krankheit: gegen die Schizophrenie, klar erfaßt werden.

Wie im ersten Teil erwähnt wurde, konnte man bei den »Symptomatikern« keine typologischen Merkmale (im Sinne *Kretschmers*) beobachten, die uns eine Bestätigung der Schizophrenie ermöglichten. Die Mehrzahl weist im Gegensatz eher pyknische Elemente in ihrem Körperbau auf. Die Untersuchungen der Enzephalitiker sind im allgemeinem nicht so zuverlässig; die langdauernde Krankheit, in ein Siechtum übergehend, kann den Körperbautypus wesentlich ändern. Es sollen hier nur die genauen Untersuchungen von M. Schmidt erwähnt werden, der die Bedeutung des Milieueinflusses betont und die Annahme einer konditionell erworbenen Körperbauänderung unter dem Einflusse von Krankheiten recht wahrscheinlich macht. Zur Zeit der Wahnäußerung sind die Enzephalitiker mager, oft erwecken manche Kachektiker einen Eindruck des asthenischen Körperbautypus, sowie abgemagerte pyknische oder athletische in der chronischen Periode als dysplastische imponieren können[4]).

Hereditätsuntersuchungen gaben uns auch keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Schizophrenie. Bei den »Symptomatikern« haben wir in ihren Familien Schizophrenien in einem nicht größeren Prozentsatz gefunden, als bei gesunden Probanden; bei den Enzephalitikern waren Schizophrenien in ihren (freilich nur nächsten) Familien überhaupt nicht vorhanden.

Die Vorkrankheitsperiode war bei allen Kranken überaus belanglos. Alle waren gesellig, arbeiteten gut; sowohl unter den Ersten wie unter den Zweiten waren keine mürrischen, verschlossenen Naturen gefunden, die eine Prozeßpsychose vorhersagen könnten. Bis zur Erkrankung entwickelten sich die Persönlichkeiten gradlinig, ohne Zusammenbrüche und Krümmungen. Die Krankheit selbst erschien in verschiedenen Lebensperioden; wir sahen junge Leute, wie auch solche jenseits der Wechseljahre; bei allen verläuft die Psychose trotz solcher Altersunterschiede in ausgesprochen ähnlicher Weise. Bei allen Kranken ist der somatische Prozeß letzten Endes dem paranoischen Zustand vorangegangen: bei den einen akut, bei den anderen chronisch. In letzterer Zeit konnte ich Fälle von unverneinbarer Schizophrenie beobachten, die als Schizophrene an Enzephalitis ep. erkrankten; die Kombination dieser zwei Krankheiten gibt gänzlich andere Bilder (diese Arbeit erscheint a. a. O.).

Bei den »Symptomatikern« sehen wir nach der Krankheit keine

[4]) Ich spreche natürlich nur von den Kranken, die den paranoischen Zustand aufweisen.

Einbuße, keine Abknickung der Persönlichkeit eintreten; der paranoische Zustand ist in der Persönlichkeitsentwicklung nur ein »Hamarom«, der ohne Einfluß auf die postpsychotischzen Lebensschicksale ist. Bei den Enzephalitikern konnte man natürlich die letztgenannte Einzelheit nicht beobachten; aber auch bei ihnen sieht man während der Krankheit keine schizophrenen Charaktereigenschaften (kraft der langen Beobachtung kann dies sogar besser als bei den »Symptomatikern« festgestellt werden). Nach dem Abklingen des paranoischen Zustandes sehen wir wieder typische enzephalitische Charaktermerkmale.

Soviel über diese wichtigen (wenn auch für manche Forscher nicht entscheidenden) Momente, die die Abgrenzung der beschriebenen Verläufe gegen die Schizophrenie ermöglichen. Psychopathologische Untersuchungen werden genauer besprochen; dort werden auch die von der Schizophrenie zu unterscheidenden Einzelheiten ausführlicher betont.

*

Die Mehrzahl der Paranoia-Forscher hat eine prämorbide spezifische Charakterstruktur in den endogenen und teilweise in den exogenen (als pathoplastische Momente) paranoiden Psychosen aufgewiesen. In unserer Kasuistik gelang eine solche eindeutige Bestimmung nicht; unsere Fälle sind freilich anders geartet und mit anderem Verlauf, aber der paranoische Zustand ist sehr deutlich, obwohl er nur vorübergehend und sekundärer Natur ist. Doch wurden auch in letzter Zeit ähnliche sekundäre Zustände und Einstellungen von kurzer Dauer beschrieben, in welchen vorpsychotische pathogenetische Eigenschaften der erkrankten Persönlichkeit aufzuweisen waren. Wir wollen uns nicht in eine Polemik über Charakteraufbau einlassen und die Einwände (die unsere recht kleine Kasuistik in ganzer Ausdehnung bestätigen) diskutieren, die gegen die klassische Charakterlehre erhoben wurden (*Klages*, *Kronfeld* u. a.). Vor — und in der ersten Periode der Erkrankung sowie auch nach der Genesung[5]) kann man also keine paranoiden Züge finden. Wenn man aber zurzeit der blühenden paranoiden Wahnerscheinungen vorurteilslos mit den Kranken spricht, so hat man den Eindruck, daß man eine typische paranoide Persönlichkeit vor sich habe.

---

[5]) Wie bemerkt wurde, reduziert sich die Beobachtung bei den Enzephalitikern in der Periode zwischen dem Verschwinden der Wahnäußerungen und dem völligen Verfall evtl. auch dem Tod.

Wir betonen, daß schizophrene Charaktereigenschaften bei allen Kranken völlig fehlten; wir sind nämlich der Meinung, daß schizophrene und paranoische Charaktermerkmale grundverschieden sind (was aber oft vermißt zu sein scheint).

Wenn man also in einer Krankheitsperiode Charaktereigenschaften beobachten kann, die in anderen Lebenszeiten vermißt werden, so muß man annehmen, daß bei solchen Kranken Eigenschaften phänotypisch zur Geltung kommen, von denen wir nicht wissen, ob sie auch genotypisch vorhanden sind, d. h., ob sie nicht vor und nach der Krankheit nur larviert oder verkappt sind. Überblickt man von diesem Standpunkt die Vor- und die Nachgeschichte unserer Kranken, so sieht man zwei Fälle, die dieser Auffassung trotzen.

M. W. 35 Jahre alt, Familiengeschichte belanglos; wegen einer Grippe, mit Bronchopneumonie kompliziert, gelangt er im J. 1928 ins Krankenhaus, wo sich eine amentivdelirante Psychose entwickelte. Nach 3 Tagen kehrte er zum Bewußtsein zurück, produzierte aber paranoische Symptome mit Verfolgungs- und Größenideen, zu welchen sich querulatorische Züge gesellten. Er genas nach 12 Tagen, kehrte nach Hause zurück, wo er 1,5 Jahre gesund blieb. Nachdem erkrankte er an Bauchtyphus, während welchem eine symptomatische Psychose hinzutrat, aber ohne jegliche paranoischen Symptome.

In der Vorgeschichte der Kranken K. G. finden wir eine symptomatische Psychose, die vor 19 Jahren eine Magenkrankheit komplizierte. Sie dauerte 12 Tage, verlief jedoch ohne Wahnäußerungen. Erst in der letzten Beobachtung (1929) äußerte sie zum erstenmal im Leben Wahnideen.

Diese zwei Fälle sprechen gegen die Vermutung einer genotypisch vorhandenen, aber verkappten oder larvierten Charakterstruktur, sie verneinen also die Möglichkeit einer Art von Dominanzwechsel, der durch die Krankheit verursacht wäre. Wenn man das ganze Material übersieht, so kommt man zu folgenden Schlüssen:

a) entweder können dieselben körperlichen und psychischen Störungen bei denselben Menschen jedesmal ganz andere Persönlichkeitsstrukturen und Charaktereigenschaften aufdecken,

b) oder die in der Persönlichkeit gegebenen Charaktereigentümlichkeiten sind nicht imstande ohne Rest die Erscheinung der paranoischen Einstellung zu erklären.

Da aber die unter a) erwähnte Eventualität eine hoffnungslose Regellosigkeit darstellt, die einen brutalen Strich über unsere systematisierenden Tendenzen zieht, müssen wir eher unsere — vielleicht vorläufige — Inkompetenz in diesem Gebiet gestehen und sich zu den psychopathologischen Gegebenheiten wenden, um dort irgendeine Erklärung für die Entstehung und Art der beschriebenen Wahnäußerungen zu finden.

Bewußtseinsstörungen der ersten Periode der symptomatischen Psychose, sowie motorisch offenbarte Dämmerzustände der Enzephalitiker lassen wir außer acht. Uns interessiert hier der Bewußtseinszustand, in welchem Wahnideen entstehen und sich weiter entwickeln.

In der symptomatischen Psychose beobachtet man zurzeit des

Abklingen des Dämmerzustandes allmählich bessere Orientierung; in dieser Periode weist das Gegenstandsbewußtsein nur noch Spuren abnormer Tätigkeit auf, aber das Erfassen der Gesamtsituation durch die Kranken erleidet Einbuße.

Einer der Kranken berichtet, daß er eine eigentümliche Atmosphäre um sich spüre, die geheimnisvoll ihn beunruhigt. Er wisse noch nicht wo und in was für einer Situation er sich befinde. Ein Anderer nimmt die Erklärungen des Personals, wo er sich befinde, nicht an, glaubt, daß Einzelheiten schon recht stimmen; das Ganze aber ist kein Krankenhaus.

Obwohl schon mit rationalen Kategorien denkend, können sich die Patienten in ihren Zustand nicht einfühlen. Sie wissen nicht, ob sie krank sind, manche stimmen zu, daß sie nervös oder unwohl seien, andere fühlen sich unheimlich, keiner aber von ihnen kann seine neue Situation restlos erfassen. Manchmal können die Kranken ihre eigene Persönlichkeit von derjenigen anderer Menschen unterscheiden, manchmal findet man eine Verschmelzung eigener Bewußtseinselemente mit der Umgebung.

Eine Kranke beantwortet scheinbar Fragen, die sie angehen, gut; bei näherer Betrachtung weiß sie außer der oberflächlichen Generalien nichts mehr. Sie wisse nicht was für Merkmale sie von anderen Kranken unterscheiden, manchmal ist sie nicht im Stande zu erklären, ob sie oder andere für sie denken.

Manchmal findet man eine Spaltung des Bewußtseins. Kranke berichten, daß sie spezielle Kontrollapparate im Kopfe haben, die ihre eigenen Gedanken durchschauen. Andere haben Gedanken, die vom Kopf und vom Herzen stammen, diese beeinflussen sich zwischeneinander.

Bei den Symptomatikern dauern solche Störungen eine sehr kurze Zeit, 2—3 Tage, nachher verschwinden sie allmählich; aber in dieser Periode erscheinen die ersten Wahnerscheinungen. Bei den Enzephalitikern dauern solche Störungen eine längere Zeit, haben aber im allgemeinen eine schwächere Ausprägung und kommen seltener oder auch schwerer (m. A. aus rein äußeren Gründen) zur Geltung[6]).

---

[6]) Richtig hat Stern bemerkt, daß in seiner Kasuistik eine völlige Umbildung des Ichbewußtseins nicht eingetreten war. Dennoch kann ich seiner Bemerkung nicht beipflichten: »Wenn es auch gewiß sehr schwer ist, sich ganz in dieses pathologische Seelenleben einzufühlen, so können wir doch annehmen, daß... immer noch das Bewußtsein vom zentralen Ich erhalten bleibt... immer bleibt eine Bewußtheit der Krankhaftigkeit der vorstehenden Seelenvorgänge.« In unserer Kasuistik konnten wir diese gerade Bewußtheit der krankhaften Vorgänge nicht feststellen. Diese Ursache für diese krankhaften Vorgänge wurde zurzeit der paranoiden Einstellung in die Umgebung projiziert. Vielleicht liegt es an verschiedenen Zeitpunkten der Krankheit, die *Stern* und ich untersucht haben, daß sich unsere Ergebnisse nicht decken.

Während der Wahnerscheinungen finden wir bei den einen wie bei den anderen auch Bewußtseinsstörungen, die jedoch schwerer zu erfassen sind. Um weitere Beispiele zu vermeiden, soll nur zusammenfassend angemeldet sein, daß bei den Kranken, bei dem gut funktionierendem Gegenstandsbewußtsein, die tieferen Schichten des Ichbewußtseins sowie feinere Ich-Umwelt-Relationen in Anspruch genommen sind.

Zur Zeit der tiefen Bewußtseinsstörungen der »Symptomatiker« sehen wir Affektschwankungen, die schon beschrieben wurden, ähnliches gilt für die noch nicht paranoischen Enzephalitiker. Zur Zeit, in der die Wahnerscheinungen beginnen zur Geltung zu kommen, findet man im Affektleben Störungen, die verdienen näher beschrieben zu werden.

Zu den ersten Erscheinungen gehört, daß die Organempfindungen sowohl bei den Enzephalitikern wie bei den »Symptomatikern« gestört werden; sie geben sich dem Untersucher vor allem in cänästhetischen Beschwerden kund.

Einer von den Enzephalitikern bemerkt, daß es ihm schwer komme, seine eigene Körperfläche zu fühlen. Ein Anderer klagt, er habe kein Herz, er fühle, daß in seinem Innern etwas neues sich vollbracht habe, von dem er noch nichts genaues wisse. Ein Dritter fühlt eine Vergiftung in seinen Eingeweiden; er wisse gut, daß sein Inneres vergiftet wurde.

Eine an symptomatischer Psychose Erkrankte fühlt sich dumpf; sie behauptet, daß dieses Gefühl, demjenigen während der Narkose (die sie früher durchgemacht hat) ähnlich sei. Ein Anderer behauptet, daß er eigenartige Gefühle während der Bewegungen in den Muskeln fühle, außer dieser »Eigenartigkeit« wisse er nicht mehr von diesen Gefühlen.

Die Kranken werden durch diese Mißempfindungen beunruhigt, werden depressiv, manchmal ängstlich, sie grübeln in solchen Empfindungen unrastig, manchmal geraten sie in einen Zustand von Euphorie, die in charakteristischer Weise mit Ironie (oder sogar Gram) unterfärbt wird. Dies geschieht am meisten zurzeit der ersten deutlichen Wahnäußerungen.

Manchmal klagen die Kranken, daß sich bei ihnen die affektiven Reaktionen — entweder überhaupt nicht — oder sehr schwer einstellen.

»Nichts macht mir Freude, alles ist fad und gleichgültig,« sagt eine Kranke nach der amentiven Phase. Eine andere klagt, daß sie nicht weinen kann; alles traurige fließt ab, ohne eine Spur zu hinterlassen.

Ein Enzephalitiker glaubt, daß er sich nicht freuen kann. Jede affektive Äußerung ist nicht sein eigen, sie ist ihm fremd, er nimmt an ihr nicht teil.

Es ist wahrscheinlich, daß diese Störungen (die erst während der Wahnäußerungen festzustellen sind) im Zusammenhang mit Depersonalisationserscheinungen stehen, welche schon beschrieben wurden — die Klagen über die Gefühlsleere oder Gefühlsfremdheit deuten speziell darauf.

Außer diesen Affektstörungen bemerken wir noch andere, die jedoch nur als Intensitätsgrade, nicht aber als Störungen der tieferen affektiven Schichten, zu betrachten sind. Manchmal, jedoch selten, findet man angedeutete Angstzustände, die bei den »Symptomatikern« nach der akuten Periode, bei den Encephalitikern im Zusammenhang mit den Blickkrämpfen häufiger auftreten.

Bei der beginnenden wahnhaften Einstellung der »Symptomatiker« ist der größte Schock, daß ihr Bewußtsein im Krankenhaus zur Norm zurückkehrt. Sie erwachen nach dem akuten Verwirrungszustand im »Irrenhaus«. Ihr Bemühen, etwas, was ihnen bekannt wäre, in der Umgebung zu finden, scheitert; Spuren von Angstzuständen aus dem akuten Syndrom betonen affektiv das Nachsuchen des Kranken und begünstigen die Entstehung des Mißtrauens. Da in der Gegenwart keine Erklärung zu finden ist, wenden sie sich zur Vergangenheit.

Einer der Kranken sagt: »Lassen sie mich in Ruh', sie sehen doch, daß ich im Suchen bin. Ich muß mir alles vergegenwärtigen, denn ich bin zum präzisen Denken gewöhnt.« Und zwei Tage später: »Ja, jetzt sehe ich schon ein und verstehe alles, alles wurde mir endlich klar.« Er beginnt seine Krankheit mit der Vergangenheit zu verknüpfen.

Eine Kranke gesteht, daß sie endlich alles wisse, endlich alles verstehen kann. Daß ihr Mann sie seit langem satt hat, erratet sie erst jetzt, indem sie allein über ihr Schicksal nachdenken kann.

Im vergangenen Leben finden sich immer Momente, die durch die Kranken wahnhaft verarbeitet werden. Alle peinlichen Erlebnisse werden durch solche Verarbeitung gekennzeichnet; manchmal werden sie katathym verändert[7]). Kranke die immer keusch und unbeholfen in sexuellen Dingen waren, werden zum Opfer ihrer orgiastischen Ausschweifungen; Männer die nicht

[7]) Es soll noch auf diese Tatsache die Aufmerksamkeit gelenkt werden, daß in ersten Stadien der Wahnäußerungen, nach der amentiven Phase der »Symptomatiker«, im Zusammenhang mit manchen motorischen Äußerungen der Enzephalitiker, sowie zurzeit des verblassenden Wahnsystems bei dieser Krankheit, Wahnideen hervortreten, die als typisch synthym aufzufassen sind. Auch auf der Höhe des paranoischen Zustandes kann man bisweilen solche synthyme Einschiebsel bemerken. Dies geschieht vorzugsweise während einer motorischen Erregung der Kranken. Es ist aber dann schwer zu entscheiden, ob solche Wahnideen mit den sie begleitenden Handlungen eine wirklich synthym eingestellte Genese haben — oder ob nicht Handlungen, die sowohl bei den Ersten (als Überreste der amentiven Motorik im Sinne Kleists), geschweige denn bei den Zweiten als impulsiv und dranghaft anerkannt werden könnten, erst a posteriori eine wahnhafte Rechtfertigung bekommen. Schwer ist also zu beurteilen inwiefern eine schon anwesende Wahnidee die Entstehung solcher Handlungen verursacht oder sie wenigstens beschleunigt — und inwiefern sie parallel mit diesen Handlungen durch tiefere synthyme Mechanismen hervorgerufen wird.



immer ihren Frauen Treue pflegten, beklagen sich über den Verrat der Frau; Arme werden ihres Vermögens wegen eingesperrt usw. Manchmal werden in die Vergangenheit Erleben versetzt, die erst während der Krankheit erlebt werden.

Dicht vor dem Verblassen der Wahnideen wenden sich die Kranken wieder zur Gegenwart. Die Wahneinstellung beginnt abzuflauen, die paranoischen Einwände gegen die Vergangenheit werden unsicher, die Kranken werden allmählich mehr kritisch; es bleibt nur noch die Umgebung, die etwas geheimnisvoll auf sie einwirkt. Die Nachbarschaft der »Irren« beginnt die Kranken zu interessieren, sie wird jedoch noch wahnhaft verarbeitet. Endlich verblaßt auch diese Einstellung, die Kranken werden gegen ihr Seelenleben kritisch; die Wahnideen werden letzten Endes als falsch und krankhaft beurteilt.

Bei den Enzephalitikern sind die Wahnerlebnisse größtenteils an die Gegenwart (selten an die Vergangenheit) gebunden. Man sieht bei diesen Kranken Gedanken, die noch lange vor dem Erscheinen der Wahnideen in den Kranken auftauchen, und später zu Wahnerscheinungen wachsen. Der Kummer des Einen, der Lebensgram des Anderen werden zuerst ganz ruhig dargestellt, erst später bekommt der erste und zweite eine paranoide Note.

Wenn man später die Kranken über die Vergangenheit befragt, bekommt man charakteristische Antworten. Einer berichtet, daß er die Vergangenheit nur sehr vage verspüre; ein Anderer erinnert sich an sein früheres Leben sehr schwach; ein Dritter verfärbt seine Vergangenheit pseudologisch. Das Erleben der Vergangenheit erlitt also eine fortschreitende Einbuße. Es ist, als ob sich die Kranken weder in eigene noch in objektive »historische« Vergangenheit hineindenken könnten. Für sie gilt nur die unmittelbare Umgebung, aus der das Material für Wahnideen geschöpft wird. Über thematische Einzelheiten wurde schon berichtet.

Es kommt endlich ein Moment, von welchem an die Wahnideen seltener vorkommen. Über den Zusammenhang mit dem Motorischen wurde schon berichtet. Die Wahnerscheinungen werden immer mehr monoton, sie unterliegen keinen Schwankungen mehr, werden endlich nur rein perseveratorisch dargeboten; genauer aber befragt, beginnen die Kranken an ihnen zu zweifeln und fangen an die Wahnideen zu verneinen. Man hat den Eindruck, als ob die Akinese und Bradypsychie die Auslösung solcher seelischer Kräfte unmöglich machen, die die Verarbeitung der unmittelbaren psychischen Gegebenheiten in Wahnideen bewirken.

Bevor die gemeinsamen Ähnlichkeiten besprochen werden, fassen wir die Unterschiede der Wahnäußerungen in den beiden Krankheiten zusammen. Bei den ersten spielt die Vergangenheit, bei den zweiten die Gegenwart die Hauptrolle; bei den ersten ver-

schwinden die Wahnerscheinungen zugleich mit den körperlichen Störungen, bei den anderen wirkte die allgemeine progrediente Krankheit hemmend auf die Äußerung der Wahnideen. Viel mehr Ähnlichkeiten findet man jedoch in den Wahnideen beider Krankheiten. Dieselben seelischen Zusammenhänge führen in beiden zu Verfolgungs- und Beziehungsideen. Man sieht jedoch, daß parallel zu den Bewußtseinsstörungen diese Wahnideen zum Ausgangspunkt verschiedener thematischer Wahnäußerungen bei den Kranken werden — Tatsachen die im allgemeinen klinischen Verlauf ihre Gründe haben. Bei den »Symptomatikern« beobachten wir zuerst die inhaltlich primitiven Wahnideen, die gleichzeitig mit dem Erscheinen immer höhere Schichten der geistigen Funktionen, immer komplizierter werden; bei den Encephalitikern fällt das psychische Niveau ständig ab, wir beobachten eine rein physisch verursachte Abkehr von den komplizierten Ich-Umwelt-Relationen zum immer ärmer werdenden persönlichem Leben — daher die vorerst thematisch reichere Wahnstruktur und später die primitivsten Beziehungs- und Verfolgungsideen[8]).

Was das Realitätsbewußtsein der Wahnideen anbetrifft, so berichten die Kranken sehr ernst über ihre Wahnideen, sie diskutieren mit dem Arzt, lassen sich aber »mit Persuasionen nicht überreden«, wie es einer der Kranken nannte. Dennoch haben die Kranken keine Ansprüche über die allgemeine Gültigkeit ihrer Wahnideen. Sie gestehen, daß diese subjektiv sein können; Expansionen von Wahnideen erscheinen nur vorübergehend.

Einer der Kranken berichtet, daß seine Annahme eine für ihn innigste Wahrheit sei, obwohl der Arzt oder andere Leute sie für Wahnideen halten.

Ein anderer schneidet das Gespräch mit der Bemerkung ab, daß für ihn Wahrheit nur das ist, woran er glaubt.

Paradox erscheint, daß die Kranken im Gegensatz zur Enthaltsamkeit und Subjektivität in der Beurteilung der Wahnideen während eines Gespräches, ihre Handlungen deutlich durch die Wahnideen inspirieren lassen. Obwohl die Untersuchten im Gespräch mit dem Arzt die nur subjektive Gültigkeit der Wahnideen bejahen, verlangen sie außerhalb einer Konversation Freilassung; sie wenden sich manchmal schriftlich zur Polizei, Gericht usw. Die Handlungen der Patienten werden manchmal brutal, sie werden gegen andere Kranke aggressiv, besonders zur Zeit, in der

---

[8]) Im Querschnitt beobachtet man: bei den ersten eine Ausbreitung und Erweiterung von dem Kern der Persönlichkeit auf die peripheren und mehr differenzierten Schichten des Erlebnisses — bei den zweiten eine Zusammenschrumpfung von der breiten Plattform des »intellektualisierten Erlebens« (*Mazurkiewicz*) in die immer mehr verstümmelte Sphäre des tiefen Trieb- und Instinktlebens.



sie die ganze Umgebung in ihre Wahnideen einziehen (von impulsiven und Kurzschlußhandlungen sei hier abgesehen s. o.). Die Kranken selbst können diesen Gegensatz zwischen dem Urteil über die Subjektivität der Wahnideen und ihren Handlungen dem Untersucher nicht erklären. Ihre diesbezüglichen Äußerungen sind nichtssagend. Vielleicht spielt hier die Inkongruenz zwischen der noch gut erhaltenen Möglichkeit des logischen Denkens und erhöhten Affektschwankungen sowie gesteigerter Emotivität eine Rolle.

Versuchen wir die wesentlichen Eigenschaften des Wahnes, wie er in diesen zwei Krankheiten vorkommt, hervorzuheben. Seine Struktur ist gänzlich verschieden vom schizophrenen Wahn. In unserer Kasuistik steht diese Struktur am nächsten den synthetisch-affektiven Wahnideen *Hedenbergs*. Bei allen Kranken erscheint der Wahn nicht plötzlich, er wirkt auf den Kranken nicht wie ein unverständliches Ereignis, wir können fast immer seine Entwicklung verfolgen; die Kranken geben ziemlich gut begründete Antworten über ihr seelisches Geschehen, manchmal auch gute Erklärungen für die Entstehungsart der Wahnideen; primitive »organisch bedingte« Symptome, die in den schon vielfach beschriebenen Erscheinungen der Enzephalitis, sowie in der akuten Phase der symptomatischen Psychose, fußen, werden später sinnvoll inhaltlich eingelagert. Die Wahnideen sind also als etwas sekundäres, das nur im Zusammenhang mit Bewußtseinsstörungen, primitiven Affektäußerungen und Wahrnehmungsverschiebungen entstanden sind, anzusehen. Zum Kristallisationskern des Wahnsystems wird nicht das Eingegebene, Unerhoffte und ohne seelischen Zusammenhang mit dem Rest der Persönlichkeit bleibende — sondern Erlebnisse, die, in einem Zustand von verändertem Bewußtsein eingewurzelt, durch die gesamte seelische Haltung des Kranken vorbereitet werden.

Weitere Untersuchungen sollen erst aufklären, ob paranoische Zustände während anderen organischen Krankheiten abweichende Genesen haben, oder ob eine Interpolation zwischen eben beschriebene Zustände (der Eine: ausgesprochen akut, der Zweite: vorzugsweise chronisch) möglich wäre.

Zusammenfassung: Bei der Untersuchung über die Wahnäußerungen bei der symptomatischen Psychose und der Encephalitis epidemica chronica hat es sich ergeben, daß alle Wahnideen vorübergehend sind; bei allen, diesen zwei Krankheiten zugehörigen Patienten konnten wir keine pathoplastischen Momente in der Persönlichkeit, die die Wahnerscheinung erklärten, finden; die Wahnideen werden zum erstenmal in einem veränderten Bewußtseinszustand aufgedeckt; ihr Erscheinen und Verschwinden steht mit dem allgemeinen klinischen Verlauf im Zusammenhang;

neben den katathymen kommen speziell die synthymen Wahnäußerungen in Betracht; in beiden Krankheiten wurzelt das Wahnsystem im persönlichen (gegenwärtigen oder vergangenen) Leben; bei allen Kranken konnte man einen inneren Zusammenhang zwischen den Wahnideen und den primitiven Formen der pathologischen Wahrnehmung beobachten.

Literatur.

Beringer: Z. Neur. 136.
Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie 1923. Affektivität, Suggestibilität und Paranoia II. Aufl. 1926.
Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten 1925.
Bürger: Z. Neur. 111, Z. Neur. 113.
Bürger—Mayer-Groß: Z. Neur. 106, Z. Neur. 116.
Bychowski: Roczn. Psychj. 3 (poln.).
Claude: L'encéph. 1925.
Claude—Ey: Presse méd. 1933, L'encéph. 1932.
Clerc—Picard: L'encéph. 1927.
de Clérambault: Ann. méd.-psych. 1927 I.
Dretler: Now. Psychj. 1932 (poln.), Semaine d. hôpit. 1933, Roczn. psychj. 22 (poln.).
Delmas: Rapport au Congrès. Straßbourg 1920.
Ewald: Die exogenen Psychosen. Handbuch v. Bumke V. Sp. T. I.
Halberstadt: Ann. méd.-psych. 1922 II.
Hedenberg: Arch. f. Psych. 80.
Herz: Mon. Psych. Neur. 68, Z. Neur. 138.
Kehrer: Über paranoische Zustände. Handbuch v. Bumke VI. Sp. T. II.
Klippel: Rev. Neur. 1922.
Kvint: Arch. f. Psych. 78.
Lange: Über Paranoia. Handbuch v. Aschaffenburg 1927.
Leonhardt: Z. Neur. 131.
Leyser: Z. Neur. 99.
Maier: Z. Neur. 13, Z. Neur. 82.
Mazurkiewicz: Roczn. Psychj. 12 (poln.), Roczn. Psychj. 13 (poln.).
Neustadt: Arch. f. Psych. 81.
Powitzkaja: Z. Neur. 116.
Scharfetter: Deut. Zeit. f. Nervenhlk. 82.
Schilder: Z. Neur. 118.
Schmidt: Acta Neur. Psych. 1933.
Seelert: Über exogene Faktoren ... mon. 1920.
Steck: Schweiz. Arch. Psych. Neur. 21, Schweiz. Arch. Psych. Neur. 27.
Stern: Die epidemische Encephalitis mon. 1928. Arch. f. Psych. 81.
Thiele: Sitzungsber. Zentralbl. Neur. 33.
Wildermuth: Allg. Zeit. Psych. 85.
Wimmer: Further studies upon epidemic encephalitis mon. 1929.
Wyrsch: Z. Neur. 121.

(Aus der psychiatrischen Klinik
des Astrachanschen Medizinischen Instituts. Direktor: Prof. Dr. *N. Skliar.*)

Über Anaschá-Psychosen.

Von

Professor Dr. N. Skliar.

Wir beschäftigen uns in vorliegender Arbeit mit Psychosen, die auf dem Boden des Anaschámißbrauches entstanden sind, mit Ausnahme des Rausches, da eine ausführliche Arbeit über dieses Thema, betitelt: »Über den Anaschá-Rausch« von uns (nebst Dr. *Iwanow*) in der »Allgem. Zeitschr. f. Psych.«, 1932, Bd. 98, H. 5—8, bereits veröffentlicht wurde[1]).

In der Literatur sind die Autoren nicht einig darüber, ob eine bestimmte, für den Haschisch charakteristische Krankheitsform existiert (*Warnock*, *Conos*), oder durch denselben unsere gewöhnlichen Psychosen, hauptsächlich die Schizophrenie, hervorgerufen werden (*Kerim*, *Kraepelin*, *Meggendorfer*, *Marie*, *Walsh* u. a.). Der letzte Autor in dieser Frage, *M. G. Stringaris*, teilt die Störungen in »episodische Verwirrtheitszustände« und »chronische Psychosen«. Zur ersten Gruppe (drei Fälle) gehören halluzinatorische deliriöse Erlebnisse und akute Dämmerzustände mit epileptiformer Erregung, die einige Tage oder Wochen dauern. Chronische Psychosen gibt es bei ihm zwei Fälle, von denen ein Fall 1 Jahr und der zweite 1½ Jahre dauerte und beide in Genesung übergingen. In den weiteren psychotischen Fällen, bei denen ein Haschischmißbrauch der Psychose vorangegangen war, kam *Stringaris* zur Schizophreniediagnose.

Fälle von Anaschá-Psychosen finden wir nur bei *L. Landau* im Aufsatz: »Nascha-Vergiftung«, wo Krankengeschichten von vier Fällen angeführt werden, von denen nur in zwei Fällen die spezifische Anaschawirkung klar ersichtlich ist. Von denselben war in einem Falle ein Dämmerzustand, der einen Tag dauerte, und im anderen Falle waren zweimal nach dem Anaschámißbrauch zu verschiedenen Zeiten Zustände epileptiformer, ängstlicher Erregung, die das erstemal sechs Stunden, das zweitemal drei Tage dauerten.

Wir wenden uns an unser eigenes Material.

---

[1]) Anaschá ist eine besondere, leichtere Haschischsorte.

Zu unserer Verfügung standen 80 Fälle (52 Fälle von chronischem Anaschismus und 28 Fälle von Psychosen). Von den letzteren haben wir 21 Fälle von akuten, transitorischen und 7 Fälle von unheilbaren Psychosen, hauptsächlich der Schizophrenie. Sämtliche Psychosenanfälle wurden aus der Astrachanschen psychiatrischen Klinik entnommen. Der Klinik gehören noch 10 Fälle von chronischem Anaschismus. Von den anderen Fällen des chronischen Anaschismus stammen 16 Fälle aus dem Korrektionshaus, 21 Fälle aus den Erziehungshäusern, 6 Fälle aus dem Heim für Verwahrloste.

Wir beginnen mit den Psychosen.

Von 28 Psychosenfällen haben wir 21 Fälle akuter Intoxikationspsychosen und 7 Fälle endogener Psychosen. Von akuten Psychosen haben wir 1 Fall eines protrahierten Rausches (während drei Tage), 7 Fälle von Dämmerzuständen, 1 Fall eines deliriösen Zustandes, 2 Fälle eines stuporösen Zustandes, 1 Fall einer Angstpsychose, 1 Fall eines manischen Deliriums (»automatisme ambulatoire«). Es fällt hier die große Zahl von Fällen der »exogenen Reaktionsformen« auf (13 auf 21), die in nichts von den »exogenen Reaktionsformen« anderen Ursprungs sich unterscheiden. Von denselben sind am meisten Fälle von Dämmerzuständen (7) vorhanden. — Ferner haben wir 4 Amentiafälle, von denen 3 Fälle ungefähr 1 Monat dauerten und den Charakter eines protahierten Deliriums hatten, und 1 Fall dauerte lange (ungefähr 5 Monate) und stellte ein komplizierteres Krankheitsbild dar. Nun aber kommen auch Fälle von Amentia nicht nur bei einer Intoxikation mit Anaschá, sondern auch bei verschiedenen anderen Intoxikationen, auch Infektionen, nach psychogenen Einwirkungen vor. Charakteristisch in unseren Amentiafällen erscheint nur das Vorhandensein des Symptomes der Angst.

Wir haben ferner drei Fälle mit starker Gedrücktheit und einem Angstzustand. Kann man dieselben als charakteristisch für die Anaschápsychosen halten? Bei den Anaschárauschzuständen werden, umgekehrt, meistens Symptome der Euphorie, Beweglichkeit, Schwatzhaftigkeit usw. beobachtet. Es kommen aber auch beim Anaschárausch Fälle mit Symptomen der Gedrücktheit vor. In einigen, besonders in schwierigen Fällen, werden starke Angstzustände beobachtet, wo es schwierig ist zu entscheiden, ob wir mit einem einfachen Rausch oder bereits mit einer Psychose (Delirium) zu tun haben.

Die meisten unserer transitorischen Fälle (Delirien, Dämmerzustände, auch Amentiafälle) werden auch von Symptomen der Gedrücktheit und Angst begleitet. Charakteristisch erscheint noch ein Fall, den wir als Angstpsychose bezeichneten und bei dem während zwei Tage ausgeprägte Symptome der Angst und Ver-

folgungswahnideen beobachtet wurden. — Es muß deswegen angenommen werden, daß das Vorhandensein in unseren Fällen der Geistesstörungen von Symptomen der Gedrücktheit und Angst keine zufällige Erscheinung ausmacht.

Es kommen also unter den Anaschágeistesstörungen hauptsächlich verschiedene »exogene Reaktionsformen« vor. Eine besondere, spezifische, für die Anaschá charakteristische Psychose konnten wir in unserem Material nicht finden. Wir konnten aber einen Symptomenkomplex von Depression und Angst, verbunden mit Aufregung, nicht selten epileptiformer Art, und auch mit somatischen Erscheinungen seitens des Herzens, der Blutgefäße usw. unter den verschiedenen Anaschápsychosen nicht selten beobachten[2]).

Von den endogenen Psychosen (sieben Fälle) haben wir zwei Fälle manisch-depressiven Irreseins und fünf Fälle von Schizophrenie. Wenn man dazu noch zwei unklare Fälle aus der Gruppe der exogenen (Intoxikations-)Psychosen hinzufügt, bei denen die Möglichkeit einer Schizophrenie nicht ausgeschlossen ist, so ist die Zahl der Fälle von Schizophrenie nach dem Anaschágebrauch keine geringe. *Stringaris* hat in seinen Haschischfällen auch viele Schizophrenien beobachtet. Soll man solche Fälle als idiopathische Schizophrenien halten, bei denen der Anaschágebrauch nur provozierend wirkte, oder muß daran gedacht werden, daß der Anaschágebrauch an und für sich die Schizophrenie oder schizophrenieähnliche Erkrankung hervorrief? Daß der längere Anaschágebrauch schizoidiert, behaupten die meisten unserer Kranken, die erzählen, sie werden leutescheu, möchten gern allein bleiben, um sich den Träumereien hinzugeben, werden apathisch, wenig beweglich. Nun sehen wir aber unter den Individuen, die lange Zeit die Anaschá gebrauchen, meistens Symptome des chronischen Anaschismus auftreten oder rasch vorübergehende Geistesstörungen vorkommen; an chronischen, endogenen Psychosen aber erkrankt die Minderheit, sowohl solche Individuen, die die Anaschá längere Zeit, als auch solche, die dieselbe nur kurze Zeit gebrauchten. Somit bleibt in dieser Hinsicht die Frage offen stehen. Der Umstand aber, daß die meisten chronischen Psychosen nach dem Anaschágebrauch zur Schizo-

---

[2]) Allerdings kommt ein Symptomenkomplex der Angst nebst motorischer Unruhe, wie wir in unserer russischen Arbeit: »Über den Symptomenkomplex der Angst nebst motorischer Unruhe bei psychogenen Psychosen« (Sowrem. Psych., 1917, H. 1—2) angeführt haben, auch bei anderen Psychosen vor (alkoholischen, epileptischen, Involutions-, senilen und besonders psychogenen, aber auch einigen Infektionspsychosen, wie Malaria-, Pockenpsychosen).

phrenie gehören, zeigt jedenfalls, daß der Anaschágebrauch das Auftreten dieser Psychose begünstigt.

Chronischer Anaschismus.

Im ganzen 68 Fälle längeren Anaschámißbrauches (von 1 Monat bis zu 15 Jahren). (1 Mon. — 1 Fall, 2 Mon. — 2 Fälle, 3 Mon. — 1 Fall, 4 Mon. — 2 Fälle, 5 Mon. — 1 Fall, 6 Mon. — 1 Fall, 1 Jahr — 2 Fälle, $1^1/_2$ Jahr — 2 Fälle, 2 Jahre — 3 Fälle, $2^1/_2$ Jahre — 2 Fälle, 3 Jahre — 5 Fälle, 4 Jahre — 9 Fälle, 5 Jahre — 3 Fälle, 6 Jahre — 4 Fälle, 7 Jahre — 4 Fälle, 9 Jahre — 2 Fälle, 10 Jahre — 1 Fall, 15 Jahre — 1 Fall, unbekannte Dauer — 19 Fälle.) Von diesen 68 Individuen erkrankten 52 an keinen Psychosen und stellen nur Erscheinungen von chronischem Anaschismus dar.

Symptome des chronischen Anaschismus: starke Empfindlichkeit, die sich zuweilen zur Weinerlichkeit steigert, starke Reizbarkeit, Neigung zur Vereinsamung, Träumerei, Zaghaftigkeit, Furchtsamkeit, Argwohn, gedrückte Stimmung, Apathie, herabgesetzte Beweglichkeit, Ungeselligkeit, Zerstreutheit, hypochondrische Ideen (einige äußern, sie haben nichts im Kopfe, das Hirn sei trocken), die Kranken klagen oft über schlechtes Gedächtnis, Schwäche, schlechtes Befinden, Reißen in den Gliedern, Schmerzen im Kopf, in der Brust, im Bauch, im Rücken, starkes Herzklopfen, Kopfschwindel, schlechten Schlaf. In einigen selteneren Fällen werden umgekehrt eine lustige Stimmung, Schwatzhaftigkeit, kindliches Benehmen, Bewegungslust beobachtet. — Von neurologischen Symptomen werden Zittern der Zunge, der ausgestreckten Handfinger, der Augenlider, roter Dermographismus, gesteigerte Sehnenreflexe, starkes Schwitzen beobachtet.

Es fragt sich, ob bei der Anaschá eine Gewöhnung an dieses Präparat beobachtet wird? *Meggendorfer* behauptet, eine »eigentliche Gewöhnung in dem Sinne, daß immer größere Mengen angewandt werden müssen, um die Wirkung zu erzeugen, soll beim Haschisch nicht vorkommen; es sollen, im Gegenteil, nach längerem Gebrauch schon kleinere Dosen wirksam werden«. Ebenso *Stringaris* und andere. Das gerade Gegenteil zeigt unser Material. In allen unseren Anascháfällen wird ausnahmslos beobachtet, daß die Kranken ihre Dosen immer höher steigern müssen, um eine Wirkung zu bekommen, mit der Zeit tritt schon nach größeren Dosen eine schwächere Wirkung (keine Erscheinungen der Erregung, sondern nur Träumereien und eine Schläfrigkeit), und in manchen Fällen rufen nachher sogar hohe Dosen keine Wirkung mehr hervor. Beim Mangel an Anaschá, bei der Unmöglichkeit, dieselbe zu bekommen, treten ebenso, wie dies bei anderen narkotischen Mitteln beobachtet wird, bei den Kranken

Entziehungssymptome, oft in starkem Grade, auf. Nach den Angaben der Kranken sei es ihnen schwer, ohne Anaschá auszukommen. Ein Pat. verkauft von sich das Hemd, die häuslichen Sachen, läuft von der Arbeit fort, um die Anaschá zu erlangen, sagt, es werde ihm langweilig, er werde, wie verrückt; es treten schlechte Gedanken im Kopfe auf; er könne weder arbeiten, noch essen, noch schlafen, habe Angst, fühle eine starke Schwäche, starke Schmerzen in den Gelenken, im Bauche; es treten Erbrechen und Durchfall auf; starkes Schwitzen und Gähnen, Weinerlichkeit. Sobald er aber die Anaschá bekomme und dieselbe rauche, werde er lebhaft, lustig, gesprächig, witzig, könne arbeiten. — Wir sehen in unserem Material sogar einige Fälle von Psychosen (3), die auf dem Boden der Entziehung der Anaschá sich entwickelten, ebenso wie dies auch beim Alkoholismus beobachtet wird, nur mit dem Unterschied, daß bei den Alkoholikern Verwirrtheitszustände mit Halluzinationen in der Art des Delirium tremens auftreten, während bei den Anaschisten Depressionszustände entstehen.

Ätiologie.

Die Anaschá allein gebrauchten 54 Individuen; 24 Kranke gebrauchten die Anaschá und andere narkotische Mittel entweder gleichzeitig, was seltener beobachtet wurde, oder zu verschiedenen Zeiten. — Von zwei Kranken erfuhren wir nichts darüber, ob sie außer der Anaschá noch andere Mittel gebrauchten.

Dem Alter nach haben wir von 7 bis 10 Jahren eine unbedeutende Zahl (3 Personen); am meisten Fälle von Anaschámißbrauch sehen wir bei Kranken im Alter von 10 bis 15 Jahren (28 Personen), viel auch im Alter von 15 bis zu 20 Jahren (23 Personen) und im Alter von 20 bis zu 25 Jahren (21 Personen). Von 25 Jahren an fällt die Zahl der Fälle des Anaschismus rasch herunter. Von 25 bis zu 30 Jahren — 2 Fälle, von 30 bis zu 35 Jahren — kein einziger Fall; von 35 bis zu 50 Jahren — 3 Fälle. — Der Anaschismus erscheint somit als eine Krankheit der heranwachsenden und überhaupt der jugendlichen Generation.

Dem Geschlecht nach sehen wir von 80 Individuen nur eine Frau. Allgemeine erbliche Belastung haben wir in 24 Fällen (auf 80), d. h. in 30%, wobei dieselbe in 14 Fällen ausschließlich mit Narkomanien, in 4 Fällen mit Narkomanien und Nervosität, in 3 Fällen mit Nervosität und nur in 3 Fällen mit Geisteskrankheiten war. Die Erblichkeit ist somit nicht groß; es muß aber berücksichtigt werden, daß diese Individuen meistens ein Vagabundenleben führen und ihre Verwandten gar nicht kennen. In manchen Fällen ist die Anamnese lückenhaft erhoben worden. In jenen Fällen aber, wo die Erblichkeit ermittelt wurde, stellte

sie sich meistens als mit Narkomanien belastet heraus (von 24 Fällen allgemeiner erblicher Belastung 18 Fälle mit Narkomanien belastet). Dies zeigt, daß bei diesen Individuen ein Hang zur Selbstbetäubung mit narkotischen Mitteln besteht.

Von anderen ätiologischen Momenten haben wir eine psychopathische, nervöse Konstitution in 20 Fällen auf 80, d. h. 25% (Hysterie 3 Fälle, traumatische Neurose 2 Fälle, Psychopathien 15 Fälle). Von denselben wird noch in 5 Fällen erbliche Belastung notiert, in 15 Fällen keine. Wir haben also 24 Fälle erblicher Belastung und 15 Individuen mit psychopathischen Zügen behaftet, ohne erbliche Belastung, was zusammen 39 Fälle (auf 80), d. h. 48,8% in neuropsychischer Hinsicht geschwächter Individuen ausmacht: kein geringer Prozentsatz.

Wenn wir die neuropsychische Veranlagung der Individuen, die ausschließlich Erscheinungen des chronischen Anaschismus aufweisen einerseits, mit derjenigen der Personen, die an Psychosen erkrankten, andererseits vergleichen, so sehen wir folgendes: a) unter den chronischen Anaschisten wird die erbliche Belastung in 18 Fällen (auf 52), d. h. ungefähr 35%, die psychopathische Konstitution in 15 Fällen (auf 52), d. h. in 29% verzeichnet. Wenn wir vier Fälle abziehen, wo die Erblichkeit mit dem Vorhandensein einer psychopathischen Konstitution kombiniert wird, so wird die neuropsychische Veranlagung 29 Fälle (auf 52), d. h. ungefähr 56% ausmachen; b) unter den 28 Individuen, die an Psychosen litten (21 akute Intoxikations- und 7 chronische, endogene Psychosen), haben wir erbliche Belastung in 6 Fällen, d. h. 21,4% psychopathische Konstitution in 8 Fällen, d. h. 28,6%. Wenn wir 5 Fälle, wo die Erblichkeit mit der psychopathischen Konstitution kombiniert wird, abziehen, so wird die allgemeine neuropsychische Anlage 9 Fälle, d. h. 32,1% ausmachen.

Es ist also die erbliche Belastung bei den chronischen Anaschisten in prozentualer Hinsicht größer, als bei Individuen, die nachher an Psychosen erkrankten (bei den ersteren 56%, bei den letzteren 32,1%). Wenn wir aber die erbliche Anlage nur an psychischen Erkrankungen nehmen, so ist dieselbe zwar bei den ersteren und letzteren Fällen unbedeutend, dennoch in den Fällen der Narkomanen ohne Komplizierung mit Psychosen um $3^1/_2$mal weniger als in den Fällen, die mit Psychosen kompliziert wurden. Bei den ersteren ungefähr 2% (1:52), bei den letzteren 7,2% (2:28).

Dem Berufe nach haben wir 25 Verwahrloste, 1 Arbeitslosen, 4 Militärs (aus der Roten Armee), 1 Schüler der Mittelschule, 16 Arbeiter, 2 Schlosser, 1 Zimmermann, 1 Schleifer, 1 Maler, 2 Fuhrleute, 4 Matrosen, 1 Invaliden, 2 Beamte, 20 Personen ohne bestimmte Berufe. — Somit rekrutieren sich die meisten

Anaschisten aus den Verwahrlosten, Leuten ohne bestimmte Berufe.

Die Dauer des Anaschámißbrauches.

Von 80 Individuen erkrankten 8, nachdem sie zum erstenmal versuchten, einige Male rauchten 4 Individuen, 7 Tage hintereinander 1 Mann, 1 Monat rauchte 1 Mann, 2 Monate 2 Männer, 3 Monate 1 Mann, 4 Monate 2 Männer, 5 Monate 1 Mann, 6 Monate 1 Mann, 1 Jahr 2 Männer, 1½ Jahre 2 Männer, 2 Jahre 3 Männer, 2½ Jahre 2 Männer, 3 Jahre 5 Männer, 4 Jahre 9 Männer, 5 Jahre 3 Männer, 6 Jahre 4 Männer, 7 Jahre 7 Männer, 9 Jahre 2 Männer, 10 Jahre 1 Mann, 15 Jahre 1 Mann, ungewisse Dauer 18 Männer.

Nach den Krankheitsformen erkrankten an akuten Psychosen (auf dem Boden der Intoxikation) von 21 Individuen 8 Männer, nachdem sie zum erstenmal rauchten, 4 Männer, nachdem sie einige Male rauchten, 5 Monate 1 Mann, 1½ Jahre 1 Mann, 2 Jahre 1 Mann, 4 Jahre 1 Mann, 7 Jahre 3 Männer, unermittelte Dauer 2 Männer. An endogenen Psychosen erkrankten von 7 Individuen 1 Mann, nachdem er 7 Tage hintereinander rauchte, 3 Monate rauchte 1 Mann, 3 Jahre 1 Mann, unermittelte Dauer 4 Mann. An chronischem Anaschismus litten von 52 Individuen in 1 Falle 1 Monat lang, in 2 Fällen 2 Monate, in 2 Fällen 4 Monate, in 1 Fall 6 Monate, in 2 Fällen 1 Jahr, in 1 Fall 1½ Jahre, in 2 Fällen 2 Jahre, in 2 Fällen 2½ Jahre, in 4 Fällen 3 Jahre, in 8 Fällen 4 Jahre, in 3 Fällen 5 Jahre, in 4 Fällen 6 Jahre, in 4 Fällen 7 Jahre, in 2 Fällen 9 Jahre, in 1 Fall 10 Jahre, in 1 Fall 15 Jahre, in 12 Fällen unermittelte Dauer. Wir sehen also, daß das Gros unserer chronischen Anaschisten (52 Individuen) viele Jahre die Anaschá mißbrauchten, ohne eine Psychose zu bekommen. Unter den an Psychosen Erkrankten aber (28 Individuen) waren viele Leute, die kurze Zeit vorher angefangen haben zu rauchen (13 Männer), und 15 Männer waren gewohnheitsmäßige Anaschisten. Von Interesse ist, daß sämtliche 13 Patienten, die kurze Zeit vorher angefangen haben zu rauchen (zum erstenmal oder überhaupt nicht lange rauchten), an Psychosen erkrankten (12 an akuten Psychosen und 1 an Schizophrenie), während von 67 Individuen, die die Anaschá lange Zeit mißbrauchten, nur 15 geisteskrank wurden (in 9 Fällen akute Psychosen, in 1 Fall manisch-depressives Irresein und in 5 Fällen Schizophrenie). Es ist ferner bemerkenswert, daß Individuen, die vor kurzer Zeit die Anaschá mißbrauchten (Zufallsanaschisten) (12 Mann auf 21), mehr an akuten Psychosen erkrankten, als die gewohnheitsmäßigen Anascháraucher (1 Mann auf 7), während an endogenen (chronischen) Psychosen die Letzteren in größerer Zahl erkrankten, als die Ersteren (unter 15

geisteskranken chronischen Anaschisten waren 6 Fälle von endogenen Psychosen, in 1 Falle manisch-depressives Irresein und in 5 Fällen Schizophrenie), während unter 13 geisteskranken Zufallsrauchern nur einer an Schizophrenie erkrankte.

Es fragt sich nun, warum in einigen Fällen bei längerer Dauer des Anaschámißbrauches keine Psychosen vorkommen, während in anderen Fällen psychische Störungen bei Individuen auftreten, die zum erstenmal oder überhaupt nicht lange rauchten?

Wenn wir die akuten, transitorischen Psychosen nehmen, so sehen wir, daß der größte Teil der Fälle nach kurzer Zeit des Anaschámißbrauches erkrankte: 7 Patienten erkrankten bald, nachdem sie zum erstenmal rauchten, wobei 4 von denselben zugleich Alkohol tranken, 1 Pat. erkrankte, nachdem er zum fünftenmal rauchte, 4 Pat. rauchten die Anaschá seit kurzer Zeit, wobei einer von denselben ein Psychopath ist, 1 Pat. rauchte seit 5 Monaten (Psychopath), 1 Pat. rauchte seit einem Jahre, 1 Pat. (erblich belasteter Psychopath) rauchte zum erstenmal ein halbes Jahr, 2 Jahre später 8 Monate, 3 andere traten in die psychiatrische Klinik mit psychotischen Erscheinungen ein, nachdem sie 7 Jahre lang rauchten, wobei einer von denselben an einer traumatischen Neurose litt und der andere Anaschá, Alkohol und Opium gleichzeitig gebrauchte. — Es wirkte also die Anaschá auf die Zufallsraucher die Ungewohnheit, besonders wenn dabei noch Alkohol gebraucht wurde. Bei den Gewohnheitsanaschisten aber, die seit langer Zeit rauchten (5 Monate bis zu 7 Jahren), wirkten psychopathische Konstitution, Hysterie, traumatische Neurose und in 1 Falle der gleichzeitige Gebrauch von 3 Giften.

Von 7 Fällen der endogenen Psychosen rauchte ein Kranker kurze Zeit (erblich belasteter Psychopath), 1 rauchte 7 Tage hintereinander (Psychopath), 1 Pat. rauchte 3 Monate, 1 Kranker 3 Jahre, unermittelte Dauer in 3 Fällen. Es muß angenommen werden, besonders in den Fällen, wo die Kranken nur kurze Zeit rauchten, daß die Anaschá provozierend wirkte.

Ergebnisse.

1. Unter den AnaschaGeistesstörungen kommen hauptsächlich »exogene Reaktionsformen« (wie Dämmerzustände, Delirien, epileptiforme Erregungen, Angstzustände usw.), auch die Amentia vor, die auch bei anderen Intoxikationen bei Infektionen und Psychogenien beobachtet werden.

2. Eine besondere, für die Anaschá charakteristische Psychose, konnten wir in unserem Material nicht finden; es kommen aber beim Anaschámißbrauch nicht selten Fälle depressiver Zustände mit einem stark ausgeprägten Symptomenkomplex der Angst nebst Erregung, nicht selten epileptiformer Natur, und Erscheinungen seitens des vegetativen Nervensystems (verstärktes Herz-

klopfen, Drücken in der Herzgegend, starkes Schwitzen, Frieren der Hände, Füße, Zittern, Schwanken von einer Seite auf die andere usw.) vor. Diese Symptome der Angst und inneren Unruhe ziehen als rote Faden auch fast durch alle anderen Formen der Geistesstörungen, die beim Anaschágebrauch entstehen, hindurch.

3. Es werden beim Anaschágebrauch auch chronische, endogene Psychosen, hauptsächlich die Schizophrenie, beobachtet.

4. Bei längerem Gebrauch des Präparats treten Symptome des chronischen Anaschismus auf (Reizbarkeit, Hang zum Alleinsein, Träumerei, gedrückte Stimmung, Ungeselligkeit, hypochondrische Ideen, in anderen, selteneren Fällen, umgekehrt eine lustige Stimmung, kindliches Benehmen, Schwatzhaftigkeit). Wie bei anderen narkotischen Mitteln tritt auch hier eine Gewöhnung an das Präparat, bei dessen Abbrechen Entziehungssymptome auftreten; auf dem Boden der Entziehung treten in einigen Fällen sogar Psychosen (mit dem Charakter der Angst) auf.

5. Dem Geschlecht nach gebrauchen die Anaschá fast ausschließlich Männer (auf 80 Personen nur 1 Frau), meistens in jugendlichem Alter, besonders von 10 bis zu 15 Jahren. Es wird bei unseren Narkomanen eine erbliche Belastung nicht soviel mit psychischen Krankheiten, als mit Narkomanien (Alkoholismus) beobachtet, wobei in den Fällen des chronischen Anaschismus ohne Komplizierung mit Psychosen die Belastung an psychischen Krankheiten bedeutend niedriger steht, als in den Fällen mit Psychosen.

Literatur:

1. *Conos, B.:* »Trois cas de cannabisme avec psychose consécutive«, Bull. de la soc. de pathol. exotique, 1925, B. 18.
2. *Marie, A.:* »Note sur la folie haschichique«, Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, 1907, T. 20.
3. *Meggendorfer, F.:* »Intoxikationspsychosen«, im Hdbch. der Geisteskr. von O. Bumke, B. VII, 1928.
4. *Kraepelin, E.:* »Delirium, Halluzinose und Dauervergiftung«, Monatsschr. f. Psych., 1923, B. 54.
5. *Kraepelin, E.* und *Lange, I.:* »Psychiatrie«, 9. Aufl., B. II.
6. *Landau, L.:* »Nascha-Vergiftung«, Sowrem. Psychonevrol., 1927, Nr. 4 (russ.).
7. *Skliar, N.* und *Iwanow, A.:* »Über den Anascha-Rausch«, Allgem. Zschr. f. Psych., 1932, B. 98, H. 5—8.
8. *Skliar, N.:* »Über den Symptomenkomplex der Angst nebst motorischer Unruhe bei psychogenen Psychosen«, Sowrem. Psych., 1917, H. 1—2 (russ.).
9. *Stringaris, M. G.:* »Zur Klinik der Haschischpsychosen«, Arch. f. Psych., 1933, B. 100, H. 4.
10. *Schinkarenko, W. I.:* »Massenrauchen des Haschisch unter der Verbrecherwelt der Stadt Krasnodar«, Sowrem. Psychonevrol., 1930, Nr. 4 bis 5 (russ.)

(Aus der kant. Heil- u. Pflegeanstalt Herisau. Direktor: *O. Hinrichsen*).

Beiträge zur Kenntnis der Persönlichkeit Franz Grillparzers (1791—1872).

Von

Dr. **Florin Decurtins.**

I. Grillparzers Selbstzeugnisse.

In einer früheren Veröffentlichung[1]) habe ich Grillparzer (G.) als depressivsensitiven Psychopathen bezeichnet und auf die »Selbstzeugnisse« oder »Selbstbekenntnisse« des Dichters hingewiesen, die uns einen interessanten Einblick in das Innenleben des Menschen G. gewähren, die zeigen, wie er sich selbst sieht und beurteilt und vor allem, wie die Eindrücke der Außenwelt von ihm erlebt und seelisch verarbeitet werden. Wenn in den im folgenden kurz zusammengefaßten Selbstschilderungen auch vieles sehr subjektiv anmutet, so offenbaren uns doch viele Aufzeichnungen andererseits, daß dem Dichter tiefe psychologische Einsichten und ein hoher Grad von Selbsterkenntnis nicht abzusprechen sind.

Was wir hier mit Gs. »Selbstzeugnissen« bezeichnen, sind die in seinen Schriften zerstreuten Aufzeichnungen über sich selbst. Im Wesentlichen sind es diejenigen Tagebuchstellen, die sich auf sein Inneres beziehen. Erst in zweiter Linie kommt für uns die »Selbstbiographie« in Betracht, die ursprünglich für die Akademie und somit für die Öffentlichkeit bestimmt[2]), und vom Dichter erst in seinem 62. Jahre geschrieben, nur bis in die vierziger Jahre des vorigen Jahrhunderts reicht und dort unvermittelt abbricht. Die Briefe Gs. berühren, von wenigen Ausnahmen abgesehen, mehr Äußerliches, sind auffallend spröde und trocken und gewähren uns nur spärliche Einblicke in das Innere.

Außer auf seinen Reisen hat G. kein regelrechtes, fortlaufendes Tagebuch geführt. Er hat nur in zwangloser Form und Aufeinanderfolge sich No-

[1]) »Grillparzer in psychopathologischer Beleuchtung.« Z. Neur. *148*. 620 (1933).

[2]) Daraus ist es auch zu erklären, daß *Hamerling*, ein Zeitgenosse Gs. und ein bedeutender Epiker Deutschösterreichs, schreiben kann, G. sei uns durch seine »Selbstbiographie« nicht menschlich näher gerückt, nicht sympathischer geworden, weil sie keinen Einblick ins Innerste, in die Tiefe des Herzens eröffne und kalt in allem sei, was sich auf Gemütsleben, Liebe, Leidenschaft beziehe. G. wollte und konnte nämlich nicht seine Gefühle der Öffentlichkeit preisgeben, wie er sich selbst in den Tagebüchern ausdrückt.

tizen gemacht über seine Stimmungen, seine Gedanken, Ansichten und Erlebnisse. Diese Aufzeichnungen versiegen oft plötzlich jahrelang wieder, beginnen 1808 und sind von der Mitte der 50iger Jahre nur noch äußerst spärlich. Darin spielt das äußere Leben des Dichters eine verhältnismäßig kleine Rolle; er beschäftigt sich hier hauptsächlich mit sich selbst und besonders in trüben Stunden sind die Notizen am zahlreichsten und ausführlichsten. Es ist deshalb in früheren Jahren schon die Ansicht geäußert worden, der Inhalt dieser »Tagebücher« sollte nicht ans Licht gezerrt werden, weil man dadurch nur ein häßliches Zerrbild und ein besser im Dunkeln gelassenes Dokument krankhafter Selbstquälerei und Selbstbespiegelung des großen Dichters bekäme. Heute wird aber jeder, der nicht ausschließlich pädagogische Gesichtspunkte im Auge hat, *Hock* [3]) zustimmen, daß die Tagebücher Gs. unentbehrlich sind zur Kenntnis seiner Persönlichkeit, daß sie eine Fülle nicht immer erfreulicher, stets aber bedeutungsvoller Beobachtungen bieten, die Psychologie und Psychopathologie bisher auszunützen versäumt haben. »Sie entblößen ohne Wehleidigkeit ein wundes Herz, sie berichten ergreifend von menschlicher Seelennot; der sie geschrieben hat, war ein Stiefkind Gottes auf Erden.«

Der Zweck, den der Dichter mit dem Schreiben seiner Tagebücher verfolgte, war — worüber uns einige Aufzeichnungen Aufschluß geben — zu verschiedenen Zeiten ein verschiedener. Am Anfang steht für ihn das Sich-selbst-Erkennen, ohne Selbsttäuschungen zu unterliegen, im Vordergrund. Er will »keinen Tag vorübergehen lassen, ohne die eben im Gemüt obwaltende Stimmung poetisch auszudrücken« und glaubt, »das müßte vor allem zur Sammlung, Ruhe und Klarheit führen«. Später will er das Tagebuchschreiben geradezu als Heilmittel für seine gedrückte Seelenstimmung versuchen. Er fürchtet die Selbsttäuschung nicht mehr so sehr, ja sie ist ihm zeitweise geradezu wünschenswert. Im Jahre 1854 finden wir eine Notiz, daß durch das Schreiben die Gedanken klarer werden, weil man dann gezwungen sei, sich die Gedankenverbindung einzeln vor Augen zu führen. Immer und immer wieder macht G. im Laufe seines Lebens Ansätze zu einem Tagebuch, ohne dies aber, teils aus innern, teils aus äußern Gründen konsequent durchführen zu können. Wie ihn z. B. seine übermäßige Selbstkritik davon abhalten kann, sehen wir aus folgender Bemerkung: »Alles was ich bisher geschrieben, ist erlogen und bloß in der Absicht geschrieben, damit es einst jemand lesen und mich daraus günstig beurteilen möge.«

Schon früh finden wir unter den Tagebuchaufzeichnungen ein Fragment »Zu Fixlmüllners Charakteristik«, in dem G. ein schonungsloses, allerdings auch stark ironisch gefärbtes Bild von sich entwirft:

»Sein Leben war ein Traum mit wenigen Momenten des Wachens. Selbst seine Gedanken hatten das Unwillkürliche des Traumes, und wenn ausgedacht, waren sie vorüber und in der nämlichen Gestalt kamen sie nie wieder... Wollte er dieses Unstätte, Fließende seiner Natur bekämpfen durch Ordnung und Folge, so fiel er dem kältesten Verstand in die Hände, der jeden Aufschwung

---

[3]) *Hock:* Einleitung zu »Grillparzers Werke.« Gold. Klassikerbibliothek. Berlin. Bong & Co.

unmöglich machte... Ein vages Streben ohne Ziel und Richtung karakterisierte seine ganze Jugend... Der Schlüssel seines Wesens war: Passivität nach Außen ja nach Innen, durch Fieberanfälle der Begeisterung unterbrochen... Der einzige Reiz der Arbeit war ihm, sie gethan zu haben. Die Arbeit selbst hatte für ihn keine Lust... Wenn er nie schrieb, wäre er ein weicher, empfindender Mensch geblieben, die Reibungen mit der Außenwelt verhärteten ihn. Es war ein Gefühl in ihm, daß man die Geheimnisse seines Innern nicht zur Schau tragen solle...« (Tgb. 1827 II/8, 311.)[4])

Und gleich am Anfang der Tagebücher steht eine eingehende Gewissenserforschung:

»Bin ich ein guter Mensch oder nicht? ... Manchmal bilde ich mir zwar ein, gut zu seyn, aber in der nächsten Minute belehrt meine Erfahrung mich des Gegenteils... Mir mangeln aber nicht nur die meisten guten Eigenschaften, nein, die bösen, die lasterhaften haben bei mir ein so großes Übergewicht, daß ich oft vor mir selbst zurückschaudere...« (Tgb. 1808 II/7, 7).

Über seine »Eitelkeit« und seinen »Hochmut« folgen auch noch spätere Notizen. Sein Benehmen gegen Beleidigungen findet der Dichter selbst sonderbar:

»Man kann sich überhaupt nicht läppischer gegen Beleidigungen benehmen, als ich. Da ich wohl oft im Zorn, nie aber mit Überlegung jemand ein bitteres Wort gesagt habe, so fällt mir auch im ersten Augenblicke bei kränkenden Reden anderer nicht ein, daß dabei eine Beleidigung beabsichtigt sey. Ich habe in hypochondrisch-argwöhnischen Augenblicken schon so oft da Feindseligkeit gesehen, wo am Ende nichts Übles gemeint war, daß ich seitdem den ersten Eindrücken und meiner Empfindlichkeit mißtraue. Erst in der Folge, wenn das Störende nach allen Seiten betrachtet, keine andere als eine üble Auslegung gestattet, halte ich mich für wirklich beleidigt.« (Tgb. 1831, II/9, 36.)

Überhaupt sind für G. sein Verhalten gegen die Mitmenschen, seine Beziehungen zu ihnen und der Eindruck, den er auf sie macht, immer wieder ein Grund, Betrachtungen über sich anzustellen:

»Es ist doch seltsam, was sich die Menschen für sonderbare Begriffe von mir machen!« (Tgb. 1808, II/7, 15.)

»In Wien bestehen über meine geselligen Talente die entgegengesetztesten Ansichten. Die einen finden mich höchst liebenswürdig, die andern unerträglich. Ob die ersten Recht haben, weiß

[4]) Zitiert wird, wenn nicht anders vermerkt, nach der großen hist. krit. Ausgabe der Stadt Wien. Hg. v. *A. Sauer* † und *R. Backmann*. Wien 1909 ff. und zwar: Abt., Band, Seitenzahl (Tagebücher und Briefe) und nach »Grillparzers Selbstbiographie«. Hg. v. *L. Böck*, Wien, Amalthea 1923 (Selbstbiographie).

ich nicht; die letzteren können unzweifelhafte Erfahrungen für sich anführen. Der Erklärungsgrund bildet, daß für mich das Schrecken aller Schrecken die Langeweile ist... Selbst mit geistlosen Menschen kann ich umgehen, wenn irgend ein Charakterzug, ja eine unschuldige Verkehrtheit hervortritt, die einen Anknüpfungspunkt darbietet... Unerläßliche Bedingung ist jedoch, daß ich mich unbefangen und ungehindert gehen lassen kann: treten Rücksichten ein, die diese Freiheit der Bewegung hemmen, dann wird mein Zustand unleidlich...« (S. Seite 140ff.)

»Ich habe immer den Fehler gehabt, daß, indes ich ohne Achtung von Seite der Menschen nicht leben kann, ich mir doch alle Mühe gab, die Menschen des Lästigen dieser Achtung zu überheben...« (Tgb. 1830 II/9, 1.)

»Ich habe die Menschen aus allen Kräften von mir ferngehalten und sie halten sich nun fern...« (Tgb. 1831 II/9, 45f.)

»Einer meiner Hauptfehler ist, daß ich nicht den Muth habe. meine Individualität durchzusetzen...« (Tgb. 1826 II/8, 206.)

Mit andern zusammen zu sein, behagt dem Dichter selten; er fühlt sich dann meistens gelangweilt, sucht dies zu verbergen und verfällt in einen Zustand von Abwesenheit und Apathie. Es fällt ihm schwer, seine innersten Gefühle andern zu zeigen:

»... Meine Meinung mag ich allenfalls mittheilen, nicht aber mein Gefühl, und ich muß vergessen, daß ich nicht allein bin, meine Umgebung muß genau die Temperatur meines eigenen Wesens angenommen haben, wenn mein Inneres sich ergießen soll.« (Tgb. 1830 II/9, 8.)

»... In meiner innersten Natur liegt ein gewisses Gefühl von moralischer Schamhaftigkeit, das noch stärker wirkt als das körperliche, allen Menschen gemeine. Wie ein anderer sorgfältig seinen Körper verhüllt, so hat mich immer ein Widerwillen angewandelt, meine Empfindungen nackt zu zeigen...« (Tgb. 1825 II/8, 183.)

Er fühlt sich anders als die übrigen Menschen und ist kalt, wo andere begeistert sind, er ist, wie er sich selbst ausdrückt, das Gegenteil von den Leuten, die immer die Farbe ihrer Umgebung tragen. In ganz besonderer Weise aber kommt dem Dichter zum Bewußtsein, daß er mit andern Menschen nicht mitfühlen kann, ja, daß ihn alles Menschliche kalt läßt:

»Ich wollte was schuldig seyn, um einen Schmerz, ein Unglück, eine Verzweiflung, die — und wär's nur für eine Stunde — mein Wesen ganz aufgehen machte in eine Empfindung und mich — nur für eine Stunde — von dieser lauernden Verstandeskälte freimachte, die wie ein hohnlachender Narr hinter jedem Vorhang hervorguckt.« (Tgb. 1827, II/8, 290.)

»Himmel! kann man dahin kommen, die Menschen nur als Figuren einer Komödie zu betrachten, die nur durch ihre Über-

einstimmung oder Nichtübereinstimmung mit der Idee anziehen und abstoßen, ohne Rücksicht darauf, daß sie ein lebendes Selbst sind, mit Leiden und Freuden, mit Willen und Gemüth?...«
(Tgb. 1827, II/8, 289.)

Der Dichter empfindet das Bedürfnis nach Einsamkeit, genießt die »Süßigkeit des Umganges mit sich selbst«, er will sich von den Menschen zurückziehen u. fühlt dann aber doch wieder schmerzlich seine Isolierung. Er grübelt darüber nach, warum ihm alles im Leben mißlinge u. meint, das komme daher, weil er die Dinge ungeschickt anfange u. suche, sie sich so bald als möglich vom Halse zu schaffen. Er beklagt es, daß er sich sooft von Dingen, die für ihn unwichtig sind, z. B. dem Studium des Griechischen, des Gesanges, dem übergroßen Interesse für abseits liegende politische Begebenheiten, von seiner eigentlichen Aufgabe ablenken läßt, Unangenehmem ausweicht u. seinen Stimmungen nachgibt:

»Ich weiß wohl, was mir fehlt: ich habe nicht arbeiten gelernt... Ich bin dadurch der Mensch der Stimmung geworden...«
(Tgb. 1830 II/9, 5.)

Daß G. Unangenehmes zu vergessen suchte, hat nach seiner Meinung einen ungünstigen Einfluß auf ihn ausgeübt, indem es »das Stetige« seines Wesens »zum Fließenden« gemacht und sein Gedächtnis beeinträchtigt habe. Er weiß, daß er an einmal gefaßten Meinungen starr festhält. Sein äußeres Benehmen findet er im Gegensatz zu seinem Innern, zu seiner 'elegischen Natur' und sagt, daß Lustigkeit nur ein Betäubungsmittel für ihn sei. Er fühlt in sich selbst einen Zwiespalt:

»Er war zugleich Zuseher und Schauspiel. Aber der Zuseher konnte nicht Plan und Stoff des Stückes ändern, noch das Stück den Zuseher zum Mitspieler machen.« (Tgb. 1828, II/8, 292.)

»Es sind zwei Seelen in mir. Die eine ist empört, daß die andere so unempfindlich ist.« (Tgb. 1829, II/8, 341.)

»In mir nämlich leben zwei völlig abgesonderte Wesen. Ein Dichter von der übergreifendsten, ja sich überstürzenden Phantasie und ein Verstandesmensch der kältesten und zähesten Art.« (S. Seite 95.)

Der Dichter spricht oft von seinem leicht berührbaren Innern; seine seelischen Bewegungen erschüttern auch seinen Körper, was sich besonders auch in der produktiven seelischen Verfassung zeigte, in der er seine »Ahnfrau« schrieb. Oft zweifelt G., ob er überhaupt geistig gesund sei, er glaubt sich selbst in Rousseau's »Confessions« zu erkennen, sieht in seinem Leben einen immerwährenden Wechsel zwischen Überreiz und Abspannung, glaubt, die Geschichte seiner innern Zustände wäre ähnlich der »Krankheitsgeschichte eines Wahnsinnigen«, und schreibt von der »krank-

haften Reizbarkeit« seines Wesens, seiner »hypochondrischen Anlage« und »hypochondrischen Unentschlossenheit«. Seinen Gedanken in trüben Stimmungen gibt G. in seinen Selbstschilderungen mannigfachen Ausdruck: »... Alles kann ich ertragen, aber Selbstverachtung nicht. Es muß sich ändern, es gehe, wie es wolle. So oder so! Zeigt sich kein gebahnter Weg meinen Blicken, nun gut, so öffne ich mir einen selbst, und sollte der Pfad aus diesem Labyrinthe auch aus diesem Leben führen...« (Tgb. 1810, II/7, 46.)

»Ich kann nicht länger mehr so fortleben! Dauert dieses unerträgliche lauwarme Hinschleppen noch länger, so werd' ich ein Opfer meiner Verhältnisse...« (Tgb. 1810, II/7, 52.)

»... Ich will die Gemeinheit abhalten wie ein Gestrandeter das Wasser von seinem lecken Schiffe, solange es geht; und hilft endlich kein Schöpfen mehr, dann spühlt mich fort, brausende Wellen, mein Tagwerk ist getan!« (Tgb. 1826, II/8, 195f.)

Über seinen körperlichen Gesundheitszustand macht sich der Dichter oft Gedanken und macht Notizen in sein Tagebuch über seinen Schlaf, seine Zahn- und Hämorrhoidalschmerzen und besonders über seine Befürchtungen, an einer schweren Krankheit zu leiden und bald sterben zu müssen. Mannigfach sind die Aufzeichnungen über die Liebe, und vor allem über das Verhältnis Gs. zu seiner Geliebten Katty Fröhlich: »Unsere Art zu denken scheint zu verschieden und unsere Art zu fühlen ist vielleicht zu ähnlich, als daß ein näheres Verhältnis mit Glück zwischen uns bestehen könnte....« (B. 1822. Gesammelte Werke. Hg. v. E. Rollett u. A. Sauer. Wien. IX (Briefe) S. 309f.)

»Er hat die Weiber nicht zu fürchten, ihn wird keine unterjochen; denn er hat, was gefährlich macht, und vor Gefahr sichert: eine warme Phantasie, und ein kaltes treuloses Herz!« (Tgb. 1824, II/8, 159.)

»Sie (sc. Katty) wäre ein Schatz für Jemanden, der, nach abspannenden Geschäften, zu Hause Anregung brauchte; Einem, der von seinem aufregenden Streben Abspannung sucht, muß sie nothwendig zur Qual werden. (Tgb. 1825, II/8, 170.)

»Am Ende war es doch hauptsächlich mein grillenhaft beobachteter Vorsatz das Mädchen nicht zu gennießen, was mich in diesen kläglichen Zustand versetzt hat. Grillenhaft beobachtet, sage ich, denn es war kein eigentlich tugendhafter Entschluß, er war erzeugt durch ein vielleicht bloß ästhetisches, künstlerisches Wohlgefallen an des Mädchens Reinheit, was mich zurückhielt das zu tun wozu alle Gefühle und Gedanken mich beinahe unwiderstehlich hintrieben. So kämpfte ich mich ab gegen die fast immerwährende Aufregung, und der schwüle Odem, der aus meinem Wesen auf die Unschuldsvolle hinüberging, setzte auch sie, unbe-

wußt, in Bewegung, und brachte endlich bei ihr alle Wirkungen der unbefriedigten Geschlechtsliebe hervor...« (Tgb. 1826, II/8,204.)

»Die menschlichen Dinge interessieren mich kaum mehr. Die Liebe? Habe ich je geliebt? Wenn ihr charakteristische Zeichen das, wenn auch nur zeitweilige Verschlingen aller andern Zwecke und Bestrebungen ist, so habe ich diese Beherrscherin der Götter und Menschen nie gekannt, darf auch nicht fürchten oder hoffen, sie je noch kennen zu lernen...« (Tgb. 1830, II/9, 9.)

»Es liegt etwas Reconciliantes und Nachgiebiges in mir, das sich nur gar zu gern selbst die Leitung andern überläßt, aber immerwährende Störungen oder Eingriffe in mein Inneres dulde ich nicht, kann ich nicht ertragen, wenn ich auch wollte. Ich hätte müssen allein sein können in einer Ehe, indem ich vergessen hätte, daß meine Frau ein anderes sei, mein Anteil an dem wechselseitigen Aufgeben des Störenden hätte ich herzlich gern beigetragen. Aber eigentlich zu zweien zu sein, verbot mir das Einsame meines Wesens.« (S. Seite 98.)

Eine zentrale Stellung in den Aufzeichnungen Gs. nimmt die Beschreibung seines Verhältnisses zur Dichtkunst, seiner Stellungnahme zum Dichter in sich ein:

»Werde ich je ein mehr als mittelmäßiger Dichter werden, oder nicht? Dies ist eine Frage an deren richtiger Beantwortung ich beinahe verzweifle. Für beide entgegengesetzten Behauptungen lassen sich wichtige Gründe anführen. Oft füle ich innig daß ich Dichter bin, oft zürne ich auf mich selbst daß ich mich bei mir selbst eines Vorzugs freue, der doch wirklich nur in meinem Kopfe Realität haben kann. Es ist wahr ich habe eine lebhafte, eine glühende Einbildungskraft, viele glückliche, viele traurige Stunden meines Lebens, die Zerrüttung meiner körperlichen Gesundheit, und meine näheren — Bekannte, bezeugen dieß, ich habe heftige Leidenschaften, was zwar mit dem Vorigen fast alles eins ist, und gewiß, das muß ein Mensch besitzen, der nur einigermaßen Anspruch auf den Namen eines Dichters machen will. Aber qualifizieren sie auch allein zu einem Poeten, sind nicht andere Eigenschaften, die ich weder kenne noch besitze notwendig, um sich in die Zal der Priester der Musen zu stellen? Gehört hiezu auch vielleicht der furor poeticus, der alles aus einem dichtet, und den ich, wenn ich anders ehrlich reden will, — nicht habe. Andere Dichter macht das Dichten warm, mich macht es kalt...« (Tgb. 1808, II/7, 17.)

»Ich möchte eine Tragödie in Gedanken schreiben können. Es würde ein Meisterwerk werden!« (Tgb. 1809, II/7, 22.)

»Von dem Augenblicke als ein Stoff mich begeisterte, kam Ordnung in meine Theilvorstellungen, ich wußte alles, erkannte alles, ich erinnerte mich auf alles, ich fühlte, ich liebte, ich freute

mich, ich war ein Mensch. Aber dieser Zustand vorüber trat wieder das alte Chaos ein. Mein ganzer Antheil blieb immer der Poesie vorbehalten...« (Tgb. 1827, II/8, 289f.)

»Für mich gab es nie eine andere Wahrheit als die Dichtkunst ... Dagegen hatten die Dinge des wirklichen Lebens, ja seine Wahrheiten und Ideen für mich ein Zufälliges, ein Unzusammenhängendes, Schattenähnliches, das mir nur unter der Hand der Poesie zu einem Nothwentigen ward.« (Tgb. 1827, II/8,289.)

»Es steht meiner Entwicklung als Dichter unendlich im Wege, daß die Ausübung der Poesie mir nur ein Neben-Zweck oder vielmehr ein Theil-Zweck ist. Ich bin ein Geistes- und Gemüts-Egoist, wie es Gewinn- und Vorteils-Egoisten gibt. Die harmonische Ausbildung der eigenen Empfänglichkeit für das Gute und Große ist der Zweck und das Bedürfnis meines Lebens; seit ich durch einige gelungene Arbeiten mich einmal nach außen von dem Gemeinen und Gewöhnlichen abgesondert habe, was der glühende Wunsch meiner Jugend war, fühle ich kaum wohl ein Bedürfnis zu produzieren...« (Tgb. 1828, II/8, 297.)

»Mein Leben war immer ein Traum und zwar nicht, nach jenem griechischen Spruche, der eines Wachenden, sondern in der That Eines der schläft.« (Tgb. 1830, II/9, 3.)

»... Mich hat überhaupt von jeher bei jeder eigenen Hervorbringung weniger das Produkt als die Kräfteäußerung interessiert.« (B. 1818, III/1, 103.)

»... insofern ich mich nämlich denn doch, trotz allem Abstande, für den besten halte, der nach ihm (sc. Goethe) und Schiller gekommen ist.« (S. Seite 178.)

»Es ist etwas vom Tasso in mir, nicht vom Göthischen, sondern vom wirklichen. Man hätte mich hätscheln müssen, als Dichter nämlich. Als Mensch weiß ich mit jeder Lage fertig zu werden und man wird mich nie mir selber untreu finden. Aber der Dichter in mir braucht ein warmes Element, sonst zieht sich das Innere zusammen und versagt den Dienst. Ich habe wohl versucht das zu überwinden, aber mir dabei nur Schaden gethan, ohne das pflanzenartige meiner Natur umändern zu können.« (Tgb. 1836, II/10, 148.)

Häufig glaubt G., seine dichterische Kraft erlahme und er sei nicht mehr fähig, etwas hervorzubringen:

»Soviel ist gewiß. Ist einmal der Dichter über Bord, send' ich ihm den Menschen auch nach.« (Tgb. 1826, II/8, 196.)

»In diesen letzten Monathen war mein Zustand wirklich fürchterlich. Eine solche, durch nichts zu beschwichtigende Überzeugung, daß es mit aller geistigen Hervorbringung zu Ende sey, ein solches Versiegen aller innern Quellen, war mir noch nie angekommen...« (Tgb. 1826, II/8, 206.)

»Furchtbar ist mein Zustand. Jeder Gedanke an Poesie verschwunden, selbst die Lektüre verleidet...« (Tgb. 1833, II/9. 126f.)

»... manchmal vor mir selbst erschrecke, so stumpf bin ich geworden. Die Poesie hat mich verlassen...« (B. 1860. Briefe und Tagebücher. Hg. v. Glossy u. Sauer, Stuttgart. Cotta. o. J. I 227.)

Über seine Kritiker schreibt der Dichter mit Verachtung und schiebt ihnen die Schuld am Mangel seines dichterischen Aufschwungs zu. In hohem Maße interessieren G. ihm außergewöhnlich erscheinende seelische Zustände und Vorgänge, die er an sich beobachtet und auch hie und da zu erklären sucht. In meiner früheren G. Arbeit habe ich dieselben analysiert und als Wahrnehmungsanomalien, abnorme Mitempfindungen, »de ja vu«-Zustände. Entfremdung des Wahrgenommenen, Affektillusionen, Pareidologien, Gefühlsentfremdung, abnorme Gehobenheitsgefühle, Zustände von Bewußtseinsleere usw. bezeichnet.

II. Ein graphologisches Gutachten über Grillparzer.

Das hier angeführte graphologische Gutachten[5]) gibt uns ein Bild Gs. in seinen verschiedenen Lebensaltern und zeigt überhaupt, was die Untersuchung der Handschrift für eine Psycho- oder Pathographie leisten kann. Nicht ohne Absicht ist dem subjektiven Bild, das sich aus dem I. Abschnitt ergibt, das Bild des Dichters, das sich in der Schrift zeigt, gegenübergestellt. Wie ich in meiner schon zit. Arbeit weiter ausgeführt habe, sind die hauptsächlichsten pathologischen Züge Gs., wie Selbstquälerei, innere Unsicherheit, depressive Grundstimmung usw. auch in der Handschrift sichtbar; zudem gibt uns der Graphologe wertvolle Hinweise auf die innerseelische Entwicklung durch Vergleich der Schriftzüge aus den verschiedenen Lebensaltern.

Graphologisches Gutachten (von Dr. *A. Ackermann*, Zürich).

Vorbemerkung: Zur Lektüre folgenden Gutachtens ist zu beachten: I. Da zur Schriftuntersuchung leider nur Facsimilia zur Verfügung standen, so bedingt das immer da und dort einige Zurückhaltung und Einschränkung in den Aussagen, weil auch bei guter Reproduktion doch stets Feinheiten und Einzelheiten verloren gehen, die also nicht mitverwertet werden können. 2. Die hier angewendeten psychologischen Begriffe sind nur so zu verstehen, wie sie das Sprachgefühl des durchschnittlich Gebildeten auffaßt und verwendet. Das ist zu beachten, um nicht bei der Lektüre ev. durch das Verwenden einer festgelegten Terminologie scheinbare Widersprüche zu finden. 3. Es

[5]) Die Ausarbeitung desselben hatte Herr Dr. *Ackermann* vom psychotechnischen Institut in Zürich übernommen auf Grund von mehreren, inhaltlich uncharakteristischen Faksimiliausschnitten, ohne daß ihm der Name des Urhebers der Schrift bekannt war.

finden sich im ganzen Gutachten keine Angaben über das Produktiv-Künstlerische des Schrifturhebers, dies deswegen, weil der kritische Graphologe hier die Grenze der Graphologie sieht. Was über dieses Gebiet von Graphologen ausgesagt wird, ist Vermutung oder Selbsttäuschung. 4. Das Wissen, daß es sich um Grillparzer handelt, hätte mich übrigens in der Abfassung des Gutachtens wenig beeinflussen können, da ich von ihm nichts mehr wußte, als daß er u. a. ein Drama »Sappho« geschrieben und ein anderes mit dem Titel »König Ottokars Glück und Ende«.

Der 20jährige. In Anbetracht der Jugend des Schreibers zeugt die Schrift von einer außergewöhnlichen Frühreife, von einem Menschen, der schon weit mehr als es normalerweise der Fall ist, eine »Persönlichkeit« darstellt, von eigenem Gepräge, oberhalb des Durchschnitts stehend. Allerdings, von außergewöhnlicher Entwicklung im wörtlichen Sinne des Wortes darf man deswegen nicht reden, weil einige Seiten seines Wesens und gerade wesentliche, eben nicht ent-wickelt sind, sondern eher ver-wickelt.

Gewiß ist, daß es sich um einen sehr klugen, verstandesstarken Menschen handelt, der schon sehr geübt ist im reiflichen, vorsichtigen Überlegen und Berechnen dessen, was er unternehmen will, wie auch dessen, was an Ereignissen oder Äußerungen anderer Menschen an ihn herantritt. Jedoch ist dieses klug reservierte Überlegen, das bei ihm in einem Maße vorhanden ist, wie es sonst bei 20jährigen höchst selten der Fall ist — aus noch anzuführenden Gründen — getrübt durch viel Unsachlichkeit. Und da nun gleichzeitig ein reiches Vorstellungsleben, üppige Phantasie vorhanden sind, so kann der Schreiber dann in der Kombination von Einzeltatsachen und in der Konsequenz seines Denkens zu recht merkwürdigen Schlüssen und Ansichten kommen, die weit von der Wirklichkeit abliegen. Diese Fähigkeit, sich in beinahe phantastischen Scenen und Vorstellungen hineinzudenken, ist hier vereinbart mit einer sehr exakten, bis in Einzelheiten gehenden Beobachtung. Gerade dadurch kann jene Fähigkeit zu einer Gefahr werden, weil sie eben schwer korrigiert werden kann durch Hinweis auf falsche oder ungenügende Tatsachenkenntnisse.

Innerhalb eindeutig unpersönlicher Angelegenheiten bleibt er auch bei dieser Wirklichkeit, aber sobald es sich irgendwie um seine Person handelt, setzt die erwähnte gedankliche Umbiegung der Tatsachen ein, umsomehr natürlich, je zentralere Angelegenheiten berührt werden. Aber manches, was für den Normalen noch unpersönlich ist und sachlich betrachtet und erledigt werden kann, bezieht der Schreiber bereits in die Späre seines persönlichen Geltungsbereiches, faßt es sofort vorwiegend in seiner Bedeutung für ihn auf.

Dieser Zug erscheint als eine Auswirkung vom wesentlichen Faktor seiner psychischen Eigenart: Eine im Grunde schwerblütig-leidenschaftliche Natur scheint unterdrückt und gewaltsam ge-

hemmt worden zu sein in ihrer natürlichen Auswirkung und Entwicklung. Unnötige Strenge scheint in der Jugend auf ihm gelastet zu haben, übertriebene Forderungen an Form- und Disziplinbewahren, es dürfte die gütig-verstehende Hand gefehlt haben, die ihn gelehrt hätte, *allmählich* seine Kraft zu konzentrieren auf das Lösen von Aufgaben, auf das Erledigen von Schwierigkeiten und dabei — nebst Spiel und anderen Möglichkeiten — seine Auswirkung zu finden. Statt dieses freien Angreifens und der Lust, sich an Schwierigkeiten zu erproben, finden wir hier ein *krampfhaftes* Überwinden von Hindernissen, ein verbissen-fleißiges dagegen Angehen und vor allem ein unfrohes, ernsthaftes, sich vorsichtig schützendes Gemüt. Wohl wird er nach außen heiter sein können und zuvorkommend und liebenswürdig, dank seiner Erziehung — aber das ist Fassade, z. T. in Form von Galgenhumor, dahinter stehen aber: ausgeprägtes tief verwurzeltes Mißtrauen und — noch tiefer verankert — Angst, Lebensangst in mannigfachen Verkleidungen. Sein ausgeprägter Egoismus ist davon *eine* Form, eine andere seine empfindliche Eigenbezüglichkeit; er gibt sich sehr viel mit seiner eigenen Person ab, z. T. in echt besinnlicher Rückschau, z. T. in ungesund häufiger Selbstbeobachtung und -Kontrolle. Das heißt nicht, daß er sich nicht mutig zeigen könnte — infolge seiner geschulten Selbstüberwindung könnte er auch solchen Anforderungen genügen — aber es ist nicht der Mut des Vertrauens und Glaubens, er hat im Grunde immer etwas Angst um seine Person, vor der Wirklichkeit, Angst vor dem Sich-Verlieren, Sich-Vergeben und -Hingeben. Das mag z. T. davon herrühren, daß ihm diese Wirklichkeit wohl in früher Kindheit in schroffer, nicht vertrauenfördernder Form entgegentrat, z. T. erscheint aber auch die elementare Lebenskraft bereits etwas angegriffen; es gibt vereinzelte Schriftzüge, die in anderer Richtung verlaufen, als der Schreiber gewollt hatte, andererseits Druckstellen, die zeigen, daß die sonst mehr als normale Selbstbeherrschung versagen und seine ganze verhaltene Leidenschaftlichkeit abrupt zum Ausbruch kommen kann, wenn auch nur auf kurze Zeit. Jedenfalls ist er in dieser Probe des 20jährigen als *Gemeinschaftswesen* betrachtet kein angenehmer Charakter, trotz der guten Umgangsformen. Aber auch von ihm selbst aus gesehen, erscheint er als eine schwierige, nicht glückliche und nicht zu Glücksfähigkeit veranlagte Persönlichkeit. Sein Arbeiten und Schaffen — auch wenn es kein aufgezwungenes ist, sondern seinen Wünschen und Bedürfnissen entspricht — dürfte für ihn nicht immer Befreiung sein, aber andererseits weiß er auch nicht selbstvergessen in den Tag hineinzuleben.

Der 29jährige. Die neun Jahre zwischen der ersten und zweiten Schriftprobe zeigen deutliche Entwicklung, Veränderung in manchen Seiten seiner Charakterart und gleichwohl auch das

Gleichbleiben gerade der tiefsten oder innersten wesentlichsten Züge.

Geändert hat sich vor allem das Tempo im Ablauf seines Lebens; im Denken, Forschen, Urteilen, Entschließen und Handeln, überall zeigt sich gegenüber dem 20jährigen jetzt leidenschaftliche Unrast, ein Hetzen und Getriebensein von einer inneren Unruhe und Unzufriedenheit, die nun sehr viel häufiger jene Affektausbrüche bringen wird, wie sie vom 20jährigen als hie und da möglich angegeben wurden. Jetzt ist er betriebsam, rastlos ungeduldig und drauflos fahrend, unfähig, beschaulich zu sein oder auch nur ausruhen zu können. Interessanterweise ist aber die Gewohnheit, genau und sorgfältig zu beobachten, gleichgeblieben, er kann sich immer wieder zum exakten Arbeiten zwingen.

Sein Denken zeigt einerseits Unklarheiten in der Art, daß er öfter Dinge miteinander in Zusammenhang bringt, die nichts miteinander zu tun haben, andererseits ist das assoziative Moment seines Überlegens so ausgeprägt, daß man versucht ist, schon von Ideenflucht zu reden; jedenfalls erscheint der Umgebung sein Denken außerordentlich sprunghaft und unzusammenhängend, ist aber in Wirklichkeit das Gegenteil, erscheint nur so, weil bei ihm die Gedanken ungewöhnlich rasch und ungehemmt ablaufen. Der Gegenstand seiner Gedankenarbeit ist nun gegenüber früher etwas weniger er selbst und etwas mehr die Außenwelt, wobei das Praktische im Vordergrund des Interesses steht, das Theoretische ihm dient. Aber trotz der Geschäftigkeit, trotz des wirklich leidenschaftlichen Sich-einsetzens, kann er sich doch nie vergessen, stört ihn immer wieder die Selbstreflexion, die Frage seines Eindrucks und Erfolges bei der näheren und weiteren Umwelt. Er ist also kein sachlicher Mensch geworden, die Empfindlichkeit ist geblieben, die Reizbarkeit hat sich verstärkt, heftig-ausfahrende Kritik, besonders aber Gegenwehr zeigt sich viel häufiger. Die wenigstens nach außen ruhige und ausgeglichene Disziplin des 20jährigen ist hier nicht mehr, statt dessen ein nervös-zerfahrenes Hin und Her zwischen erstrebter Beherrschung und ungezügeltem Drauflosfahren, Sich-auswirken-wollen und doch nicht in ersehntem Maße -können. Geblieben ist die seelische Zurückhaltung, die Neigung zur Selbstbeobachtung, das Sich-nicht-ganz-vergessen-können, nie unmittelbar sein können.

Was beim 20jährigen an Gestaltungs- und Auswirkungsfähigkeiten noch als Möglichkeiten ruhte, wie das eingehüllte Innere einer Knospe, deren Blätter Konvention, Bravheit, Fleiß, ängstliches Sich-fügen wären, das ist beim 29jährigen nun zum Vorschein und weitgehend zur Entfaltung gekommen, nur freilich nicht in harmonischer organischer Weise. Es ist vielmehr — was als Veranlagung allerdings auch schon im 20jährigen steckte und

sichtbar war — ein leidenschaftserfüllter, außergewöhnlich heftiger »Sturm- und Drang«-Zustand; manche der Formen und einengenden Gewohnheiten und Vorsichten sind gefallen, aber noch fehlt zur organischen Selbstdarstellung von innen nach außen das Wesentliche: seelische Offenheit und Hingabe, zu viel Beherrschenwollen, Selbstbewahrung und krampfhafte Willensanstrengung hindern immer noch eine wirkliche Ent-wicklung.

Der 30jährige. Die Schriftproben des 30jährigen unterscheiden sich vom 29jährigen in Verschiedenem. Selbst wenn man in Betracht zieht, daß die zur Verfügung stehende Probe des 29jährigen eine Eingabe an Vorgesetzte darstellt, und also deutlicher und sorgfältiger geschrieben sein dürfte als der natürlichen Schrift entspricht, so zeigen sich gleichwohl einige Unterschiede, die vermuten lassen, daß in dieser Zeitspanne sich sein Innenleben deutlich weiter entwickelt hat. Ganz allgemein zeigt das ganze spätere Schriftbild mehr wirkliche Geistes- und Persönlichkeitskultur, mehr Niveau als die Probe noch des 29jährigen. Bei diesem finden sich neben wirklich gestalteten Formen auch nicht wenige, die ziemlich vulgär sind, von Anmaßung und von geschmacklosen Übertreibungen zeugen, welche dazu bestimmt sind, ihm den gesuchten Halt zu geben, die Stütze, deren er entbehrt. Beim 30jährigen hingegen ist die Spannung zwischen Wollen und Können, zwischen Geltungsverlangen und dem Gefühl seines eigenen Seins und Wertes nicht mehr so groß und primitiv. Selbstverständlich ist sie nicht verschwunden, aber feiner differenzierter geworden, und versteckter hinter mannigfachen intellektuellen Gründen und Problemen und Konflikten. Die Verkleidungen sind sehr zahlreich und wechseln ständig, ihm selbst nicht klar bewußt.

In dieser Zeit gibt es bei ihm Zustände, die einen ganz seltenen Grad von geistiger Lebhaftigkeit zeigen, ein ständiges, ununterbrochenes Fluktuieren, eine Raschheit des Denkens und Associierens, die weit über einer nur gewandt-raschen Kombination steht. Aber er ist nicht etwa unklarer geworden, seine Gedanken gehen nicht etwa kreuz und quer durcheinander, sondern sie laufen so rasch ab, daß es für den gesunden, ihn anhörenden Menschen unmöglich ist, zu folgen, und so für diesen der Eindruck des Unzusammenhängenden entstehen muß. Höchst abstrakte, ungewöhnliche, seltsame Ideen, Verknüpfung von Realen mit spekulativen, völlig transzendenten Gedanken, Ergebnisse rascher blitzartiger Selbstbeobachtung — nicht etwa beschaulicher Ruhe — kreuzen und verbinden sich mit einem leidenschaftlichen Suchen und Sehnen über sich und die Wirklichkeit hinauszugelangen, Einblicke und Erkenntnisse zu gewinnen in metaphysischen Geistesgebieten. Und das alles vollzieht sich in hochgradiger Unrast, in fieberhaft

erregter Lebendigkeit, in tollem Tempo, in dem es kein Anhalten und Ausruhen gibt, nur gehetztes Fliehen und Suchen. Sein Gefühlsleben gleicht einem ununterbrochenen, heftigen Auf und Ab, einem ständigen Zucken, aber es fehlt bei aller heftigen Leidenschaftlichkeit die Vertiefung, das Aufgehen-können in Stimmung, das Sich-vergessen. Immer wieder, in kürzesten Abständen, unterbrochen von seinem stets wachen Verstand, hat doch weder dieser noch jenes die Führung. Aber auch von stabiler Spannung kann keine Rede sein. Tiefes Hingabebedürfnis findet nicht in entsprechender Hingabefähigkeit seine Erlösung, wird stets frühzeitig abgebrochen durch Intellektualität, hellste, wachste Geistigkeit, Selbstreflexion. Er sucht heftig und ungeduldig nach Ausdruck seines Fühlens und Erlebens und findet doch nie den »Ausdruck«, als von innen nach außen sich darstellend, sondern stets nur eine intellektuell gesuchte Form, die von Überlegung und Spekulation angestellt, von außen an das Empfinden und Fühlen herangebracht wird »ob sie die richtige Form sei«. Aber sie ist nie die richtige, unzufrieden, wenn schon keineswegs ergeben, sucht er leidenschaftlich weiter, in Hast und Gespanntheit.

Reizbar, nervös, in heftiger Schärfe ausfahrend gegen jeden, der ihn stört oder etwas von ihm möchte, und trotz aller Reflexion über sich, trotz des Gelingens einzelner annähernd adäquater Darstellungen seines Innenlebens, ist er im ganzen doch hervorragend unfähig, sich objektiv zu sehen, unterliegt gewaltigen Selbsttäuschungen, die ihm niemand zeigen kann, weil bei ihm schon dazu die Voraussetzung fehlt.

Nun gibt es Zeiten — wie eine andere Schriftprobe auch dieses Alters zeigt — wo all das oben dargestellte einige Nuancen gedämpfter ist, wo er, vor allem nach außen, etwas gelassener ist, beherrschter, ruhiger und klarer denkt, sich dem Gefühl eher überlassen kann; aber von allem Wesentlichen, von allem, was ihn auch so erscheinen läßt, wie oben darzustellen versucht wurde, fehlt nichts, es ist nur verhaltener, eher im Latenzzustand gegenüber dem akuten Zustand, wie er sich in der andern Schriftprobe dieses Alters zeigt.

Der 40jährige. Hier ist gegenüber den Proben des 30jährigen in jeder Hinsicht mehr Ruhe und Ausgeglichenheit, größere Klarheit im Denken und mehr Sachlichkeit im Urteilen. Gute. genaue Beobachtung ist wieder wie früher da, und zusammen mit einer geschickten, gewandten Kombination und seinem raschen Denken befähigt ihn das zu einem recht flotten Vorwärtsarbeiten, bei dem viel erledigt wird.

Die inneren Spannungen von früher sind wohl noch da, aber der Spannungsbogen ist weiter geworden. Was sich in ihm widerspricht, das löst einander nicht mehr mit so intensiver Schärfe ab,

in so gegenseitig sich ausschließender Absolutheit und nicht mehr in so kurzen Zeitintervallen. Es ist jetzt schon eher ein Schwingen statt ein Zucken, man spürt mehr ein Auf und Ab, nicht mehr nur ein nervöses Hin und Her, es gibt jetzt Stimmungen statt nur Laune, sensible, zarte Empfindsamkeit statt Reizbarkeit und ständiges Irritiertwerden.

Das früher leidenschaftliche Bestreben, Natur und Wirklichkeit mit Theoretischem und höchst Abstraktem in Zusammenhang zu bringen, Erde und Hölle und Himmel miteinander zu verknüpfen, ist jetzt einer schon weitgediehenen Abgeklärtheit gewichen, die bereit ist, jedem das Seine zu geben, »dem Kaiser, was des Kaisers ist und Gott, was Gottes ist«. Das ehemals heftig — ungeduldig — intensive Vordringen in höchst geistige, metaphysische Regionen, vorwiegend mit scharfem Verstande, ist jetzt einer ausgeprägteren echten Religiosität gewichen. Die Veränderung zeigt sich auch in seiner Einstellung gegenüber Welt und näherer Umgebung; zwar sind auch jetzt noch Ehrgeiz und Geltungswillen von Bedeutung, aber sie sind für sein Denken und Verhalten nicht mehr so maßgebend, wie beim 30jährigen, er ist stiller, resignierter, ruhiger geworden.

Wohl sind die geistige Gewandtheit, das ständige geistige Bewegtsein noch da, auch das ständige Schwanken seines Gefühlslebens, seine Empfindlichkeit, aber der ganze Mensch wurde ruhiger, zurückgezogener, persönlich bescheidener, auch etwas zu größerer Sachlichkeit fähig. Und wenn er schon auch jetzt noch leicht Selbsttäuschungen unterliegt, so werden sie doch lange nicht mehr mit jener Heftigkeit und Unbedingtheit verteidigt, wie es der 30jährige tat. Mit diesem Menschen läßt sich schließlich zusammen leben und auskommen, sofern man seine Eigenart gut berücksichtigt, während mit dem 29- und 30jährigen auszukommen eine sehr schwierige und für viele Menschen unmögliche Aufgabe war.

Diese Schriftprobe — wenn sie typisch ist für dieses Alter, nicht eine Ausnahme — ist von allen Vorlagen aus den verschiedenen Altern die normalste, die am ehesten innerhalb des Rahmens vieler anderer intellektueller Schriften liegt, wo auch sein Konflikt zwischen Wollen und Können zwar keineswegs verschwunden ist, aber doch einen Spannungszustand von erträglichem Grade gefunden hat.

Der 53jährige. Die relative Ruhe und Ausgelassenheit — relativ, weil unruhiges Suchen zum Wesensmerkmal des Schreibers gehört — des 40jährigen gegenüber dem 30jährigen ist hier wieder größerer Unausgeglichenheit und Unrast gewichen. Aber sie sind nicht einfach ein Wiederkehren, eine Wiederholung vom Zustand des 30jährigen, sondern die Struktur hat gewechselt. War dort hef-

tige, sich ungleichmäßig entladende Spannung und Zwiespältigkeit das vorwiegend Kennzeichnende, Zwiespältigkeit zwischen Kopf und Herz, aber auch zwischen verschiedenen einander widerstreitenden Interessen und Bedürfnissen und zwischen Können und Wollen, so ist es zwar auch hier noch gerechtfertigt, von Zwiespältigkeit zu reden, aber die Unruhe des 53jährigen geht doch viel mehr in die rastlose Betriebsamkeit des Zerfahrenen über.

Es ist eine sehr deutliche Lockerung des gesamten Charaktergefüges festzustellen, die zeitweise sich schon deutlich der inneren Auflösung nähert. D. h., daß es Zustände gibt, wo er nur noch Reflex ist, z. T. äußerer Einwirkungen, z. T. endogener Stimmungsanlässe. Also suggestibel, launisch, empfindsam, inkonsequent, rasch beschließend und mit Bestimmtheit sich äußernd und doch nie wirklich entschlossen, planlos suchend, ohne recht zu wissen, was. Geht schon durch alle Lebensalter ein ständiges, bald mehr, bald weniger bewußtes Suchen nach Halt, nach etwas Festem, Absolutem, auf dem man stehen, oder an dem man sich wenigstens halten könne, so zeigt sich hier dies Suchen nach Grund und Boden besonders ausgeprägt.

Dabei ist jene früher erwähnte Neigung zu intellektuellem Mystizismus nicht verloren gegangen, aber sie hat an Kraft eingebüßt, es könnte sein, daß er inzwischen erlebt hat, »daß darauf nicht gebaut werden kann, daß jene spekulativen Theorien und Vorstellungen eben in der Luft hängen, nur so lange da sind, als man an sie glaubt, ihnen selber Kraft verleiht, die ihnen an und für sich nicht innewohnt«.

Nun sucht er dafür Grund und Boden, empfindet halb wissend, halb unbewußt, daß er den Kern noch nicht gefunden habe, auf dem er immer wieder aufbauen könne, wenn die Welt Enttäuschungen und Versager bringt, daß er sein Zentrum nicht kenne, auf das er sich stets zurückziehen könne, an dem er Halt und Orientierung finde, was zu tun sei. Dies Zentrum hat er nie gefunden, weil es nie da war. Nun zeigen sich neben all dem in dieser Probe aber auch schon recht deutliche Anzeichen von Versagen der Nerven. Er beherrscht — schon rein physisch — seine Nerven und seinen Bewegungsapparat nicht mehr recht; es finden sich zahlreiche Brüche und Knickungen im Verlauf der Schreibbewegung, die nicht etwa normale Alterserscheinungen sind (solche zeigen sich in anderer Weise), viel mehr ein klares Versagen der Nervenbahnen oder des Nervenzentrums darstellen. Die genauere Diagnose lediglich aus der Schrift zu stellen, könnte nur eine vage Vermutung sein, weswegen ich es unterlasse, weitere Äußerungen darüber zu machen. Eindeutig aber erscheint, daß es sich um eine Krankheitserscheinung handelt, die weder mit dem Alter noch etwa mit vorübergehenden Ermüdungszuständen zusammenhängt.

Hingegen äußert sie sich unter anderem auch in gesteigerter Ermüdbarkeit, Mangel an Konzentration, vermutlich auch in unzuverlässigem Gedächtnis, dies sowohl in Vergeßlichkeit wie auch so, daß er manchmal etwas weiß, dann kurz darauf vergessen hat, dann es wieder weiß usw., und dies in kurzen Zeitabständen. Die schon immer vorhandene Empfindlichkeit und Erregbarkeit ist gesteigert, hat aber erheblich an Nachhaltigkeit der Reaktionen wie überhaupt aller Gefühle eingebüßt. Dementsprechend ist er rasch beleidigt, aber viel rascher als früher auch wieder versöhnt, kurz, er ist weicher, palpabler, fügsamer, unzuverlässiger in seinen Angaben und noch mehr in seinen »Entschlüssen« geworden, die schon eigentlich keine Entschlüsse genannt werden können, so kraftlos sind sie schon im Entstehen.

Die mehr äußerliche, mechanische Genauigkeit und Sorgfalt in gewohnter Arbeit ist hingegen noch gut erhalten, sodaß er trotz des oben skizzierten Krankheitsbildes unter entsprechenden Bedingungen noch eine relativ brauchbare Arbeitskraft sein kann.

Der 65jährige. Was sich in der Schrift des 53jährigen an Krankheitssymptomen bereits mit unmißverständlicher Deutlichkeit anzeigte, hat sich in den dazwischen liegenden 12 Jahren deutlich verstärkt. Die Schrift ist außerdem noch schwerfälliger geworden, dicker, breiiger und hat an Eile und Weite verloren. Waren dort die Krankheitsmerkmale immerhin erst sehr häufig, währenddem es auch noch Züge von mehreren Buchstaben gab, die noch normal verliefen, d. h. gleich wie früher, so gibt es hier kaum mehr einen Buchstaben, der noch Bewegungsbeherrschung zeigt, sondern fast jeder ist, und manche mehrfach, zerstört, brüchig, zeigt Striche, die nicht der gewollten Intention gemäß verlaufen. Geblieben ist das Vorwalten des assoziativen Denkens und wohl auch in gewohntem Arbeits- und Denkbereich eine Art Klarheit, ein formales, mechanisches Auseinanderhalten von Dingen, die er früher einmal durch Intelligenz und folgende jahrzehntelange Denk- und Arbeitsgewöhnung, auseinanderzuhalten gelernt hatte. Es ist also noch ein Rest von eingefahrenen Gleisen geblieben, währenddem er neue Fragen oder Aufgaben von gleicher Schwierigkeit wie jene, jetzt nicht mehr geistig erfassen und bewältigen könnte.

Während Schwierigkeiten, sich anhaltender konzentrieren zu können, schon in der Schrift des 20jährigen sich zeigten, und mit zunehmendem Alter in schwankendem Grade aber doch ständig sich steigerten, so sind sie hier nun krankhaft ausgeprägt. Sich mit ihm zu verständigen dürfte nur noch in kurzen, oberflächlichen Fragen und Angelegenheiten möglich sein. Näher auf die Gedanken eines anderen einzugehen, gelingt ihm nicht mehr, hat er übrigens nie gut verstanden. Weite »Strecken« denkt er nicht mehr, sondern »es denkt« in ihm, die bewußte Hinwendung auf einen Gegenstand

setzt also aus. Dabei werden früher unterdrückte oder ausgeschaltete Wünsche und Verlangen nun ungehemmter zum Ausdruck kommen, da rationale Kontrolle und Selbstbeherrschung weitgehend abgebaut sind. Natürlich sind auch jene intellektuell-metaphysischen Spekulationen, wie sie besonders der 30jährige zeigte, ziemlich völlig verschwunden, dafür kommt jetzt alles Primitivere immer mehr zum Vorschein.

Annäherung kulturhistorischer Irrtümer und erklärungswahnhafter Vorstellungen.

Von

Dr. med. **Werner Leibbrand**, Facharzt für Psychiatrie in Berlin-Charlottenburg.

Mit 2 Figuren.

Daß halluzinatorische Vorgänge oder depressive Selbstbezichtigungen im Mittelalter häufiger Material für Hexenprozesse geliefert haben mögen, scheint ziemlich außer Zweifel zu sein. *Snell* hat bereits 1894 eine hübsche Zusammenstellung solchen Entgegenkommens zeitlicher Strömungen und psychotischer Ideen gegeben. Daran änderte das mutige Entgegentreten *Balthasar Beckers*[1] und *Friedrich von Spees*[2] nichts. In neuerer Zeit ist auch der Zusammenhang von Spiritismus und Wahnvorstellungen erhellt worden, wobei nicht nur kritiklose, haltlose Menschen für die occulten Phänomene sensibilisiert wurden, sondern auch echte Geisteskranke befruchteten gewissermaßen das occulte Gebiet, indem sie im Sinne des Erklärungswahns wirkend diese spiritistischen Milieus aufsuchten und dort induktiv Einfluß gewannen. Ekstatische Erlebnisse und schizophrenes Weltgefühl können sich natürlich von verschiedenen Seiten kommend irgendwo einmal schneiden und gegenseitig entzünden. Für den Psychiater ist in diesem Zusammenhang der Hinweis wichtig, daß der Begründer St. Lazares, *Vincent de Paul*[3], im 17. Jahrhundert den Exorzismus bei einwandsfrei von ihm festgestellten Psychosen verwarf; das lebensnahe und ärztliche Verhalten *Vincents* zu den Geisteskranken seiner Zeit entsprang seiner besonderen theologischen Auffassung[4], wie wir sie auch bei *Parazelsus*[5] in beinahe gleichartiger Formulierung antreffen.

Besonders interessant ist von jeher psychiatrisch der physikalische Erklärungswahn gewesen, welcher vom Beginn aufgeklärter Zeiten an den dämonologischen Ideenkreis ablöste, ohne jedoch des magischen Inhalts ganz entbehren zu können. Das Auftauchen mechanistischer Erklärungsformulierungen ist selbstredend irgendwie zeitgebunden, und diese Parallelen sind teilweise recht anregend.

Neben der Bazillenfurcht neurotischer oder Zwangskranker begegnen wir noch heute oftmals jenen paranoiden Kranken, welche ihre optischen und haptischen Störungen so erklären, daß sie nicht Bazillen dafür verantwortlich machen, sondern mehr oder minder phantastische »Tiere«, die entweder als Würmer oder als kleine Käfer oder Spinnen bezeichnet werden; sie treiben in der Haut ihr Unwesen durch Nagen oder Beißen. Eine meiner Kranken schilderte sie unlängst als fadenspinnende weiße milbenartige Käfer, die manchmal aus der Haut ausbrechen, von ihr gesehen werden und dann in harmlose Brotkrumen oder Haarreste hineinprojiziert werden. Zu diesen Halluzinationen gibt es nun eine merkwürdige kulturhistorische Parallele, die uns 1925/26 *Sticker*[6] mitteilte, ohne allerdings an diesen Zusammenhang zu denken.

In dem »Systhème d'un Médicin Anglois sur la cause de toutes les espèces de maladies avec les surprenantes configurations des differentes espèces de petits insectes, qu' on voit par le moyen d'un bon microscope dans le sang et dans les urines des differens malades et même de tous ceux qui doivent le devenir« (Bruxelles 1726) veranlaßt der Autor, auf jedes Hautzwicken zu achten, sofort die betreffende Stelle mit angespeichelten Fingern zu berühren, damit man die in beigefügten Abbildungen dargestellten Tiere zu sehen bekomme, welche als Erreger von Vaginalerkrankungen, Blattern, Purpura, Bubonen, Gicht, Pleuritis, Schwindel, Migränen, Eiter- und sonstigen Fiebern, Abscess, Apoplexie und Geisteskrankheiten, Epilepsie usw. angesehen werden müßten. Die Abbildungen zeigen diese fiktiven Würmer und Käfer, von denen Eines in Vergrößerung den Eindruck einer stacheligen Milbe macht. Diese phantastische Parasitologie ähnelt stark den Beschreibungen unserer Paranoiden und Deliranten.

Ebenso seltsam ist der physikalische Erklärungswahn. In dem ausgezeichneten Buch von *Tramer*[7], der sich mit dem technisch-erfinderischen Material der Geisteskranken auseinandersetzt, befindet sich nur eine einzige Abbildung, welche den physikalischen Erklärungswahn darstellt; es fiel mir auch auf, daß das technisch-konstruktive Schaffen dieser Kranken in keinem geraden Verhältnis zu diesen Erklärungsversuchen steht, daß es vielmehr häufig von ihm getrennt verläuft. So zeigt das Beispiel 5 recht subtile Konstruktionen von Maschinen, während die Erklärung der Halluzinationen als »Schmerzfilme« technisch hinter den Erfindungsproblemen zurückbleibt. Interessant ist vielleicht dabei die Kraftumwandlungsidee, die er bringt: Gemarterte Tiere werden gefilmt; die so aufgenommenen Schmerzen werden wieder auf Menschen übertragen. Neben »direkter Übertragung« gebe es auch eine optische Möglichkeit, »womit ein Bild aufgenommen wird

durch dunkle Strahlen, welche durch alles dringen, durch die Harmonie von Ätherschwingungen, und so auf weite Entfernungen in jeder Wohnung ihre Betätigung beobachtet werden kann, wenn Leute in einer Wohnung irgend etwas vornehmen«. »Von diesem optischen Bilde der Außenwelt entstehe nun ein »Miniaturbild«, das eine Person beobachte und nun direkt oder von Filmen aus jeder Person in dieser Außenwelt Empfindungen bis zu Gehirnkrankheiten vortäuschen könne, indem die Strahlen »vorwärts und rückwärts« wirken« usw. Dieses Beispiel setzt natürlich eine Reihe moderner Möglichkeiten physikalischer Art voraus, aus welchem man den technischen Zeitgeist herauslesen kann. Ja, wenn man bedenkt, daß diese Schilderung aus dem Jahre 1916 stammt, so wird man jetzt in der Zeit der Fernphotographie und des Fernsehproblems noch weitere Parallelen finden können. Seine Idee, daß die Mutter vermittels der Schmerzfilme getötet worden sei, erinnert an die immer wiederkehrende Vorstellung der Todesstrahlen. Auch die Patropaschonten des Mittelalters glaubten, daß Gott Vater im Augenblick der Kreuzigung die Schmerzen Jesu körperlich mitempfinde. Die Abbildungen des Falles X bei *Tramer* sind die einzigen, welche physikalische Beeinflussungen bildhaft festhalten. Sonderbare Gestalten, wie wir sie stilistisch in ostasiatischer Kunst dargestellt stehen, sind hier vermittels Drähten und Stiften untereinander verbunden. Die Extremitäten sind mit solchen Drähten untereinander versehen. Die Erklärungen des Kranken entsprachen den Darstellungen. Das Technische ist nach Ansicht des Verfassers vom Symbolischen hier schwer zu trennen. Vereinzelt hat auch *Prinzhorn*[8] in seinem Bildmaterial solche mechanistischen Darstellungen gezeigt.

Irgendwie stehen wir diesen Erzeugnissen recht fremd gegenüber; wir erkennen vereinzelt physikalische Vorgänge, die darin Verwendung finden; einmal ist es der elektrische Strom, dann wieder die Spektralanalyse, dann wieder irgendwelche Strahlenwirkung und heute das Radio, womit die Sinnestäuschungen erklärt werden. Seit Bestehen der Hypnose sind die Strahlenideen auch immer mit hypnotischen Vorstellungen untermischt, oder die Telepathie wird mitverwendet. In allen diesen Erklärungen spiegeln sich populäre Vorstellungen wieder, da diese Erklärungsversuche nicht dem kranken, sondern dem gesunden, kausalitätsbedürftigen Anteil des Kranken zuzurechnen sind, gleichviel ob der mittelalterliche Mensch das dämonologische Moment oder der aufgeklärte Mensch die Apparatur dazu verwendet. Dieser gesunde Anteil stellt die kulturhistorische Enklave dar, die uns hier interessiert. Was nun die Annäherung dieser Linien anlangt, die vorhin hinsichtlich mechanischer Vorstellungen bei der früheren Parasitologie zu Tage trat, aber immerhin durch einige Jahrhunderte getrennt war, so

bringt die Zeit der deutschen Romantik hier ebenfalls seltsame Einzelerscheinungen:

Die Grundidee der noch heute vorhandenen magischen Vorstellungen der Kranken ist ja immer wieder der Galvanismus und der Mesmerismus. Kurpfuscher handhaben diese Phantasieen noch jetzt, und nicht nur der Geisteskranke, sondern auch viele Gesunde glauben an den tierischen Magnetismus. Selbst *L. Mayer* bringt in seinem neuen Buch über Technik der Hypnose die Krankengeschichte eines Akademikers, der an die Od-Strahlung *von Reichenbach*s glaubt.

Das maschinelle Moment spielt bei dieser Vorstellung eine sonderbare Rolle; wie im wissenschaftlichen Denken der Romantik das Exakte[9] verpönt war, wie der Brownianismus mit *Schelling* gekuppelt in *von Schubert*[10] zu sonderbaren Theorien sich verband, wobei er die *Herder*sche Lehre von der »Mittelstellung« des Menschen zwischen Geist und Natur benutzte, so geriet auch das mechanische Denken in einen seltsamen Autismus. Irrtum und Wahn waren einander recht nahe verwandt. Die Maschine wurde »aus der inneren Anschauung« geboren; wie eine solche Maschine aussah, zeigt uns *Justinus Kerner* in der »Seherin von Prevorst«. Es handelt sich um den sogenannten »Nervenstimmer«; »dies könnte man griechisch mit Nevroharmozon (die Narrheit der Gelehrten nachzuahmen) wiedergeben[11]«.

Das Prinzip ist ein wollner Leiter, der mit stählernen Kettchen in Verbindung steht, ferner ein durchlöcherter Glascylinder an der Dreiecksbasis, der mit Kamillen und Johanniskraut gefüllt ist. In den darunter liegenden Glasflaschen befindet sich Flußwasser mit einem Lot Rohleder und einem eisernen Nagel; man kann auch Mineralwasser, Erde und Wasser usw. hineinfüllen. Die Ausdünstung der Fläschchen wirkt auf die Kräuter. Die Kraft geht über die Stahlkettchen in den wollnen Leiter und konzentriert sich in der Dreiecksspitze, dann in die Hand durch den Leiter, der seinerseits natürlich ab und zu mit 7—14 Strichen magnetisiert sein muß. Das Ganze kann zu besserer Wirkung auch an der Decke aufgehängt werden. Die Maschine erzeugte bei Gebrauch sichtbare Erschütterungen wie von einem galvanischen Apparat, worauf heftige Krämpfe ausbrachen. Die Kranke sagte: »Ich fühle jedesmal nach dem Gebrauche dieser Maschine meine Nerven wieder wie geladen«. Diese Erklärung wird durch *Kerner* folgendermaßen fortgesetzt: »Offenbar wurde in jener Maschine durch die Vegetabilien, das Glas, Wasser, Eisen, Leder und Wolle ein galvanisch-magnetischer Prozeß eingeleitet, wodurch den von dem Nervengeiste so leicht wieder entladenen Nerven der Frau H. ein Lebensstoff zugeführt wurde.« Das Beispiel zeigt, daß die Diagnose des Wahnhaften hier unter Benutzung der Zeitverhältnisse ebensowenig

möglich ist, wie etwa im Mittelalter eine dämonologische Vorstellung eine Geisteskrankheit involviert. Für heutige Zeiten läge die Diagnose Schizophrenie bei der Produktion solcher Gedanken sehr nahe, in der Seherin von Prevorst eine solche anzunehmen, bliebe unbegründete Spekulation. Es kann sich auch bei *Kerner* hier nicht um eine reine »Induktion« handeln, sondern als Prototyp des Romantikers sind seine Deutungsversuche ohne weiteres verständlich. Dr. *Lomatsch*, der von ihm zitiert wird, fand bspw., daß einige Tropfen Salzauflösung oder andere Flüssigkeit in ein Fläschchen gegossen und versiegelt in der Hand gehalten, bald über Arm und Körper eine sehr bedeutende Wärme erzeugten und an leidenden Stellen anklangen. Er selbst heilte damit seine Verstopfung und *Ennemoser*[12] sah ähnliche Erfolge. Alle diese Erfindungen gingen aus »innerer Schau« hervor (Cf. *Römer*, *Ennemoser)*.

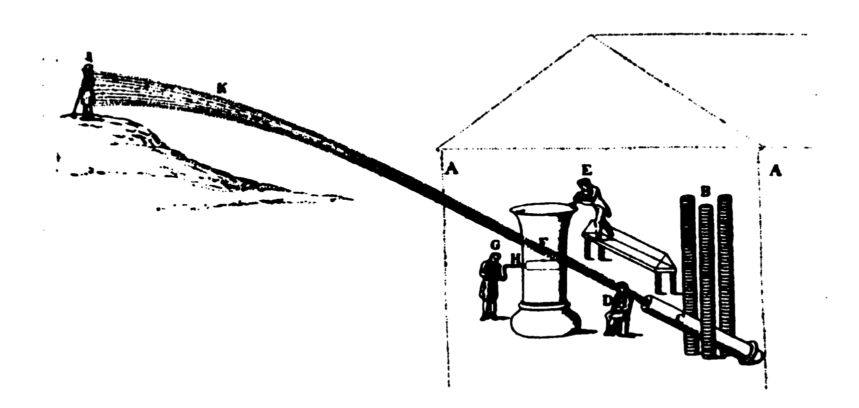
Von diesem Bezugsystem aus betrachtet, bekommen die nachfolgenden Abbildungen, deren eine *Kieser*[13], die andere größere *Reil*[14] mitteilte, ihr besonderes kulturhistorisches Gepräge:

Es handelt sich hier wieder um Darstellung von Beeinflussungen, die bei der romantisch-maschinellen Vorliebe der Zeit weitaus künstlerischer aussehen als die Darstellungen unserer heutigen Kranken; dabei ist allerdings zu sagen, daß den Kranken vom Arzt insofern der Griffel geführt wurde, als dieser sich bemühte, mit dem Kranken zusammen bei einiger technischer Fähigkeit den Wahn zu illustrieren; somit entbehren diese Bilder der kunstästhetischen Originalität im Sinne *Morgenthaler*s oder *Prinzhorn*s.

Andrerseits bleiben die Erklärungen nicht so vage wie bei *Tramer*s Fällen, sondern sie werden etwas lückenloser systematisiert:

Kieser, der als *Kerner*s Gegner besonders dessen Seherin angegriffen hatte, schildert seinen Fall, den ich aus dem Lateinischen übersetze, folgendermaßen:

Ein Theologe und Schulvorsteher klage über Beeinflussungen, die von der geheimen Staatspolizei in Erfurt ausgingen und seinen Körper zu obszönen Scherzen benutzten. Er höre deutlich wie die 6—25 Personen sich um eine Maschine bemühten, die mit elektro-magnetischen Strahlen arbeite. Es handle sich um junge Taugenichtse, die mit solchen Instrumenten Unfug trieben; schon Moses habe mit solchen Instrumenten gearbeitet und in jüngeren Zeiten Christen, Chinesen, Engländer, Franzosen und Jesuiten. Sie unterjochten völlig seinen Geist, da sie diesen vom Körper trennten; sie beherrschten auch seinen Geschmack, koppelten einen Menschen mit dem anderen, sie nennen dies »tobiesen«, »störfrieden«, »zur Sünde machen«, »knöchen«. Das Gehirn könnten sie brennen und erfrieren, das nennen sie »Geist zudecken«, sie machten Blausäure und Blei, auch die Haut werde geschwärzt.



Die Bilddarstellung wird wie folgt erklärt:

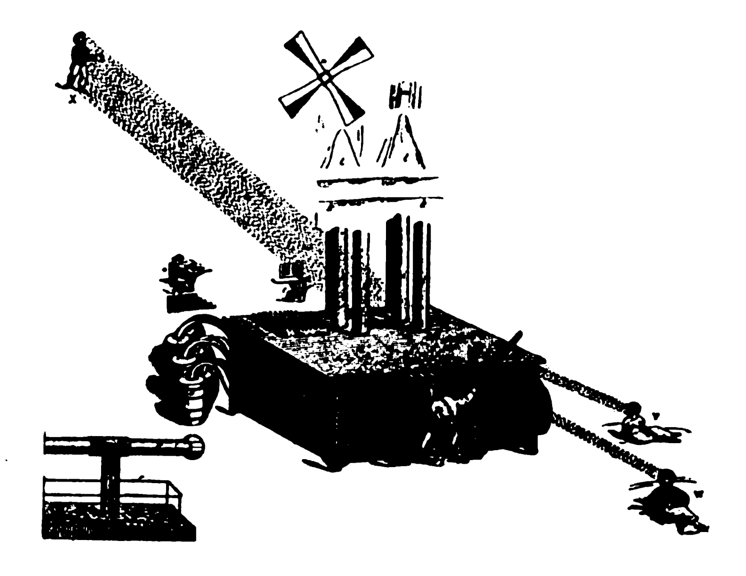
A. Regierungshaus in E. dritter Stock. Staatspolizei.
B. Drei galvanische Säulen, deren ausgesandtes Fluidum ständig gesammelt wird.
C. Eherne Röhre wie von einer Kriegswurfmaschine, von der das Fluidum übergeht in
D. Haupt der politischen Polizei und dort mit dessen Gedanken Phantasie und Willen imprägniert wird.
E. Zweiter politischer Geheimbeamter, der mit Hilfe einer Trompete seine Gedanken und Willen mit dem galvanischen Fluidum tränkt, nachdem er schon magisch gemacht ist, dann geht es
F. in einen gläsernen Kessel, von wo aus es in magischer Kunst auf einen Menschen gebracht wird.
G. Dritter Beamter hantiert einen cylindrischen Bohrer mit Handgriff und dirigiert den galvanomagnetischen Strahl derart, daß er den zu Fascinierenden bei rechts positiv, bei links negativ beeinflußt.
I. Der Fascinierte und von den dämonischen Menschen Besessene 10—20 Meilen vom Bureau entfernt.
K. Unsichtbare Strahlen magnetogalvanischer Art, aus Sauerstoff geformt, durch dessen Hilfe das galvanomagische Fluidum im Glaskessel gesammelt und präpariert wird oder auch andere Fluida, mineralische Kräfte, die mit Gedanken, Willen des Fascinierenden, der mehrere Meilen entfernt ist, so geleítet wird, daß die berührte Körperhälfte von den dämonischen Menschen beherrscht wird. Wenn nun der gesamte Körper vom Fluidum besetzt ist, formt es einen Hals, durch dessen Vermittlung Haupt und Geist des Fascinierenden mit dem Stammkörper des Fascinierten verbunden wird und so wird Dieser Jenem unterworfen.

Der historische Anteil solcher Erklärungen spricht für sich selbst in der Zeit des Galvanismus und Mesmerismus. Die Wirklichkeitsnähe tritt ebenfalls im Vergleich zum Nervenstimmer *Kerner*s deutlich hervor. Die Geistkörpertrennung, auf die es auch im *Reil*schen Falle hinausläuft, diese dualistische Spaltung,

die Erfassung der Nachtseite des Lebens usw. ist eine typisch romantische Anschauung, über die sich in gewisser Weise *Lichtenberg*[15] lustig macht, wenn er seine Maschine »concubinium« beschreibt: »eine kleine mit unbeschreiblicher Kunst gearbeitete Maschine«. ... »Die Walze, welche alles in Bewegung setzt, hat drey verschiedene Stellungen für die drey bekannten Systheme; eine für den physischen Einfluß, eine für die gelegentlichen Ursachen, und eine für die vorherbestimmte Harmonie, doch hat die Walze noch Raum für zwey bis drey andere, nur müssen sie einen Leib und eine Seele statuieren, doch könnte im Falle der Not die Seele auch herausgenommen werden. Der Leib an diesem kostbaren Werke ist von viel mehr als halbdurchsichtigem Horn gearbeitet, und etwa 4—5 Zoll lang. Die Seele aber nicht größer als eine große Ameise, ist ganz, Flügelchen und Alles, von Elfenbein, nur ist ihr linkes Beinchen etwas schadhaft.« ... Windflügel aus feinster Goldschläger-Haut treiben das Ganze. Das Interesse für das Automatische, das sich in der berühmten Ente des Hofrat *Beireis* dokumentiert, welche *Goethe* nicht mehr funktionierend antraf, war sehr groß, und so ist aus dieser historischen Situation zu erklären, daß auch die Wahnmaschinen so genau beschrieben werden; dies geht aus *Reil*s Bericht zu dem nächsten Bild des Patienten Mathews hervor, über den *Haslam* aus dem Bedlamhospital schrieb:

Hier sieht man den gesamten Betrieb etwas konzentrierter auf eine Hauptmaschine zusammengezogen. Eine Verbrecherbande bedient sie; auch hier werden verbrecherische Personen dämonischer Art in die Influenzmaschine eingeschaltet, und ihre Gedanken werden im Faszinationsstrahl weitergeleitet. Das Ganze wird »air-loom«-Maschine genannt. Am Tisch sitzt der »Pneumatiker«, der soeben damit beschäftigt ist, im Kranken mit Hebelstellung das sogenannte »Hummernknacken« zu erzeugen. Mit den Metallen bb wird die Sympathie getötet. Mit Harmonikagläsern wird die Person gesprengt, die Röhren kk reichen ins obere Zimmer. Der Mann bei t macht das Wiederholen und Niederreißen, der Mann am Pult ist der Schulmeister. Aus den Fäßchen wird die magische Flüssigkeit aus Sperma, männlich-weiblichem Ausfluß, Kupfer, Scheidewasser, Hundeausfluß, Nießwurz etc. in die Maschine getrieben. *Reil* bewundert das Methodische der Schilderung im Gegensatz zu ähnlichen Fällen.

Wenn man nun diese Beeinflussungswahnvorstellungen, die uns heute fremd erscheinen, trotzdem unsere Schizophrenen sie ebenfalls äußern und auch, wie wir sahen, darstellen, auf ihren historischen Hintergrund untersucht, so offenbart sich eine starke Annäherung an diesen, die meines Wissens bis jetzt noch nicht eingehender geschildert worden ist. Ich greife aus der reichhaltigen



Literatur über Mesemerismus gerade ein im Vergleich zur Zeit kritisches Buch heraus. *Brandis*[16] sagt in dem Kapitel »Magnetische Leitung« seines Buches über psychische Heilmethoden Folgendes:

»...Ist nun irgend eine Flüssigkeit, Äther, oder wie man es nennen will, erforderlich, um diese Wechselwirkungen zu vermitteln? Ich möchte fragen, kennen wir irgend einen Liebes- oder Freundschaftsäther, der diese Verhältnisse zwischen Menschen vermittelt? ...«

Br. meint, er selbst habe beim Magnetisieren so etwas nicht empfunden,

»Aber auch die Magnetisierten bestätigen das Faktum, daß aus den Fingerspitzen des Magnetiseurs Lichtbüschel usw. hervorgehen.«

Wenn auch dieser Verfasser den Vorgängen durchaus skeptisch gegenübersteht, so spricht doch aus ihm die Problematik der Zeit. Die Frage, ob es Metalle oder Körper gebe, welche die »Leitung« des magnetischen Fluidums verstärken, war aktuell. Übrigens warnt der Verfasser auch vor Übertreibung, da sicherlich leicht Psychosen dadurch entstehen könnten. Insbesondere seien Betrugsmanöver dadurch möglich, und diese gerade spielen ja im Erklärungswahn unserer Kranken eine große Rolle.

Im Gegensatz zu dieser Lust am Maschinellen, die sich mit magischen Vorstellungen kuppelt, sind die heutigen Erklärungen unserer Kranken insofern eintöniger, als eben generell Alles einfach durch »Strahlen« oder »Radio« und »Lautsprecher« festgelegt wird. Die Apparatur tritt mehr in den Hintergrund; nur der Hypnosegedanke wird noch zu Hilfe genommen. Das Ausmaß

damaliger elektrischer Apparaturen war ja auch dem romantischen Gemüt sicher imponierender als die im Verhältnis zur Wirkung kleinen heutigen Apparate.

Die äußere Facette des sekundären Erklärungswahns hat eine kulturell-historische Seite, die unabhängig von der pathologischen gerade mit den gesunden seelischen Anteilen geformt wird; diese gesunde Seite ermöglicht den Nachweis eines Zeitstils, der sich besonders bei mechanischen Darstellungen mit realen Vorgängen der Zeit vergleichen läßt. Hierbei kann der Zusammenhang direkt der Zeit entsprechen, oder aber die Erklärungen benutzen frühere historische Situationen, die noch beibehalten worden sind, weil sie infolge primitiverer Erklärung dem geistigen Niveau des Erklärenden besser entsprechen. Dieses Hineinziehen der äußeren Welt in die autistische reicht bei historischer Betrachtungsweise manchmal weiter als man zunächst annehmen könnte; dafür sprechen die hier aufgeführten Parallelen. Die Zeit des Olympia-Automaten schärfte den Blick für die mechanische Erklärung, und so zeugen die hier gebrachten Maschinen für eine besondere zeitliche Konzentration bei aller psychotischer Inkohärenz. Jedenfalls beweist dieser historische Anteil, wie wenig diagnostisch verwendbar dieses äußere Bild ist; auf die Deutungsschwierigkeiten wies auf kunstästhetischem Gebiet bereits *Prinzhorn* hin. So wenig wie eine mittelalterliche dämonische Erklärung schizophren ist, so wenig ist es der *Kerner*sche Nervenstimmer, und der galvanomagnetische Apparat als solcher bietet keine diagnostischen Angriffsflächen. Aus der Annäherung der beiden Kurven in diesen Beispielen wollte ich vom historischen Standpunkt aus diese Tatsache deutlich machen, um gleichzeitig die Bedeutsamkeit medikohistorischer Betrachtungsweisen in der Psychiatrie anzuzeigen.

Anmerkungen und Literatur.

1. *Balthasar Becker:* Bezauberte Welt. Amsterdam 1593.
2. *Friedrich von Spee* und *Weyer* bekämpften den Hexenglauben.
3. *Leibbrand:* Anstaltspsychiatrie im 17. u. 18. Jhdt. Med. Welt 1932, Nr. 36.
4. u. 5.: Jesus selbst beschäftigte sich mit Geisteskrankheiten; daher sind diese nicht Teufelswerk, sondern Geisteskrankheit ist göttlich und muß daher von uns gepflegt werden.
   Ähnlich drückte sich *Parazelsus* aus; man solle sich mit den armen Narren befassen, denn Jeder von uns könne einmal in dieselbe Lage kommen.
6. *Sticker,* Arch. f. Gesch. der Medizin Bd. 1925/26: Zur Parasitologie um das Jahr 1700.
7. *Tramer:* Technisches Schaffen der Geisteskranken. Oldenbourg 1926 (München).

8. *Prinzhorn:* Bildnerei der Geisteskranken 1922.
9. Das Unexacte schildert *Ricarda Huch* in ihrem Werk: Die Romantik, besonders im Kapitel »Romantische Lebensläufe«.
10. *Gotthilf Heinrich v. Schubert,* der geschätzte Schüler und Freund Herders, dessen Werk: »Die Geschichte der Seele« besonders charakteristisch ist.
11. *Justinus Kerner:* »Die Seherin von Prevorst«; das Buch trägt den typischen Untertitel: Eröffnungen über das innere Leben des Menschen und über das Hereinragen einer Geisterwelt in die unsere.
12. *Ennemoser* gehörte wie Schubert, Steffens, Eschenmayer usw. zum Schellingkreis.
13. Als Gegner Kerners und seines Kreises schrieb er das Buch: »Singularis dementiae species in femina daemoniaca Wirtembergica«, welches gegen die Seherin gerichtet war, und an dessen Schluß sich die hier angeführte Krankengeschichte des Schulvorstehers befindet.
14. *Reil* berichtete in Nasses Jahrbuch für psychische Ärzte 1818 den hier angeführten zweiten Fall aus London (Haslam).
15. *Georg Christof Lichtenberg* geb. 1742 war physikalischer Schriftsteller. Die angeführte Satire heißt: »Verzeichnis einer Sammlung von Geräthschaften, welche in dem Hause des Sir H. S. künftige Woche öffentlich verauktioniert werden sollen.«
16. *Brandis:* »Über psychische Heilmittel und Magnetismus« Vf. war kgl. Dänischer Leibarzt. Das Buch erschien in Kopenhagen 1818.

(Aus der psychiatrischen und neurologischen Klinik in Debrecen. Vorstand: Professor Dr. *Ladislaus Benedek* oö. Universitätsprofessor.)

Handarbeiten weiblicher Geisteskranker.

Von

Dr. **Jolantha Ferenczy,** klin. Assistentin.

Mit 5 Figuren auf 1 Tafel.

Der Ursprung der weiblichen Handarbeit kann schon im Spiel- und Dekorationstrieb der Urzeit gesucht werden. Der Mensch gab seinen anfangs bloß zu Gebrauchszwecken hergestellten Gegenständen immer schönere Formen, versah sie mit überflüssigen Verzierungen, um hierdurch das Auge zu ergötzen. Auf diese Weise trat neben der Nützlichkeit der Begriff des Schönen und Angenehmen immer mehr in den Vordergrund. Außer der Herstellung der Bedarfsgegenstände entwickelte sich allmählich eine Tätigkeit, die ausschließlich der Verzierung diente. Dieses Bestreben wurde bald zur Kunst und gab der Allgemeinheit Kunstwerke von ewigem Wert. Die Verzierungstätigkeit führte auch zur Schmückung der Kleidung und des Heims. In der sich entwickelnden Sozietät riß der Mann die führende Rolle an sich, während in der angenehmen Einrichtung des Heims der Frau eine bedeutendere Rolle zufiel. Es ist daher kein Wunder, wenn die für die Öffentlichkeit bestimmten Kunstwerke zumeist Männerarbeit sind, während die speziell zur Schmückung des Heims bestimmten Gegenstände — die Handarbeiten — mit dem Begriffe der Weiblichkeit auf das Engste verschmolzen sind. Der Schaffensdrang bleibt selbst während der pathologischen Äußerungen des Seelenlebens bestehen, wandelt sich bloß um, ja er kann sogar erhöht sein. Am eingehendsten haben sich bisher mit der Kunst der Geisteskranken *Prinzhorn* in seinem Werke »Bildnerei der Geisteskranken«, *Schilder* unter dem Titel »Wahn und Erkenntnis«, *Pfeifer* in seinem Buche »Der Geisteskranke und sein Werk« befaßt. Viel weniger Interesse haben bisher die Psychiater den Handarbeiten Geisteskranker entgegengebracht, obwohl diese nicht weniger interessant sind als ihre Kunstwerke. Bisher sind nur verstreut kürzere Mitteilungen hierüber erschienen, so z. B. erwähnt *Kraepelin* in seiner Psychiatrie (Bd. III. 8. Auflage) die Handarbeit einer an Dementia praecox leidenden Patientin. Außerdem

finden wir in einer Mitteilung von *Zsako* (Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. Nr. 50—51. 1931) einige Zeilen über die Handarbeiten der Geisteskranken des Leopoldifelds ...

Zur Beschäftigung weiblicher Geisteskranker ist die Handarbeit eine ausgezeichnete Methode; einerseits wegen der Billigkeit und leichten Herstellbarkeit, da diese Beschäftigungsart keine teuere Werkstätteneinrichtung beansprucht, anderseits deshalb, weil die meisten Frauen wenigstens einen Begriff von Handarbeit haben, da in den Schulen von Ungarn von der zweiten Elementarklasse an Handarbeit unterrichtet wird. Trotz dessen können aber nur etwa 40% der Kranken mit Handarbeit beschäftigt werden. Dies ist nicht allein durch den Zustand der Kranken bedingt; wir stehen ja selbst- und gemeingefährlichen Individuen gegenüber, denen es trotz der größtmöglichsten Aufsicht nicht immer ratsam ist, Stech- oder Schneidewerkzeuge in die Hand zu geben. In der geschlossenen Abteilung der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik in Debrecen hat sich als beste Beschäftigungsbehandlung (Praxitherapie) die weibliche Handarbeit erwiesen. Unsere Kranken beschäftigten sich am liebsten mit der Ausarbeitung vorgezeichneter Muster mit farbigen Fäden. Sie arbeiten zumeist mit zwei Farben. Die farbige Handarbeit bindet einerseits die Aufmerksamkeit mehr als die Weißstickerei, anderseits sind die farbigen Arbeiten auch bei eventuell bestehenden Refraktionsfehlern des Auges besser zur Ausarbeitung geeignet, als die mühsamere Weißstickerei. Als mechanische Tätigkeit mit gleichmäßigem Rhythmus übt die Handarbeit sowohl auf die gehemmten, wie auch auf die erregten Patienten eine sehr gute Wirkung aus. Der pathologisch gesteigerte Bewegungs- und Rededrang läßt während der Zeit der mechanischen Verrichtung immer nach, und nach mehrstündiger Arbeit können diese Symptome für längere Zeit, oft sogar für die Dauer von 6—8 Stunden vollkommen ausbleiben. Die gehemmten Patienten, die mit ihrer Arbeit nur sehr langsam vorwärtskommen, erlangen nach einiger Zeit einen rascheren Arbeitsrhythmus und ihre Angstaffekte werden geringer.

Wenn wir die weibliche Handarbeit als Werk der Kranken beurteilen wollen, müssen wir zuerst mit dem Begriffe der Handarbeit im klaren sein. Ihrem Wesen nach müssen wir die weibliche Handarbeit als ein Mittelding zwischen Kunst und mechanischer Arbeit betrachten. Sie ist nicht so originell wie die Kunst, da ja die arbeitende Person allgemein nach einem vorliegenden Muster auf vorgeschriebene Art aus dem ihr zur Verfügung stehenden Material die Handarbeit herstellt. Anderseits kann die Handarbeit dennoch nicht ganz als mechanische Verrichtung betrachtet werden, da die arbeitende Person trotz ihrer Gebundenheit an Form und Material in ihre Arbeit dennoch individuellen Ge-

schmack und Phantasie übertragen kann, was bei einer rein mechanischen Verrichtung nicht möglich ist. Die Herstellung von Handarbeiten kann auch von solchen Individuen durchgeführt werden, deren Intelligenz eine schwere Schädigung erlitten hat, wenn sich die arbeitende Person bereits vor ihrer Erkrankung die Übung zur Ausführung von Handarbeiten angeeignet hat. Eine unserer an Dementia paral. progr. leidende Patientin, welcher die Aufgabe gestellt wurde, die durch die Pflegerin eingesäumten Taschentücher mit einem Ajoursaum zu versehen, verrichtet diese Arbeit vollkommen korrekt, während die in den Taschentüchern individuell hergestellten Monogramme schon schwerfällig und ungeschickt sind.

Es wäre ein sehr einseitiger Standpunkt, die Arbeitsfähigkeit der Kranken nach ihrer stündlich vollbrachten Arbeit beurteilen zu wollen. Die Arbeitsleistung der gesunden Menschen ist ja auch sehr verschieden. Diese hängt ab von der angeborenen Handfertigkeit, von der in der Herstellung von Handarbeiten erlangten Übung, von der Vielfältigkeit des verwendeten Materials, von den eventuellen Refraktionsfehlern des Auges, ja sogar von der gesellschaftlichen Stellung der arbeitenden Person. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der in der Klinik arbeitenden Geisteskranken stößt auf noch bedeutendere Schwierigkeiten, da uns ja die ursprüngliche, vor der Erkrankung bestandene Arbeitsfähigkeit unbekannt ist. Die Leistungsfähigkeit ist im Verhältnis zur normalen Arbeitsfähigkeit auch auf diesem Gebiete geringer. Am nächsten zur normalen Leistungsfähigkeit stehen die Psychopathen, die dazu fähig sind, den ganzen Tag hindurch fleißig zu arbeiten, nur um das Lob ihrer Umgebung zu erlangen. Bei Geisteskranken wird die Feststellung des Verlustes an Leistungsfähigkeit auch dadurch erschwert, daß die Geisteskranken größtenteils keine ausdauernden Arbeiter sind.

Die Veränderungen im Mechanismus der Arbeit offenbaren sich in sehr interessanter Weise bei den Störungen der Assoziationstätigkeit. Der raschere oder verlangsamte Ablauf der Assoziation drückt sich auch im Rhythmus der Arbeit aus und veranschaulicht sozusagen die innere Störung. Leider können gerade die an manisch-depressivem Irresein leidenden Patienten nicht andauernd beschäftigt werden, teils infolge des gesteigerten Tätigkeitsdranges, teils wegen der hochgradigen Hemmung und schließlich wegen der Störungen der Aufmerksamkeit. Die an Mania gravis Erkrankten z. B. sind wegen ihrer ständigen fuchtelnden Bewegungen nicht dazu fähig, eine gleichmäßige, mechachanische Arbeit zu verrichten. Im Besserungsstadium gelingt eine kurzdauernde Beschäftigung der manischen Kranken schon etwas leichter. Der fieberhaft gesteigerte Rhythmus der Arbeit kann oft

auch nach Besserung der klinischen Symptome nachgewiesen werden. An der Handarbeit einer bereits aus der Klinik entlassenen Patientin sind die Stiche der Stickerei anfangs gleichmäßig und ordentlich, später werden sie immer lockerer und schütterer. Die Fadenführung wird immer ungleichmäßiger, die Reihen sind an einzelnen Stellen bald breiter und auseinandergehend, um anderwärts wieder schmal zu werden. Der am Rand der Decke vorgezeichnete zweifache Zackenrand ist an drei Seiten einwandfrei ausgeführt, während auf der vierten Seite die zweifache Ausarbeitung nicht genau nachgearbeitet ist. An den Rändern ist auch der Grundstoff nicht ordnungsgemäß bis zum Zackenrand ausgeschnitten. An der Kehrseite der Arbeit sind die kurzen Fäden zwar ordentlich verarbeitet, doch nicht abgeschnitten. Die Patientin befindet sich in jenem Stadium der Krankheit, in welchem die klinischen Symptome nurmehr bei genauer Beobachtung festgestellt werden können; an ihrer Arbeit jedoch sind als charakteristische Kennzeichen der Hypomanie: die Oberflächlichkeit und Nachlässigkeit noch immer bemerkbar, die teils der manischen Unruhe, teils dem Fehlen der Aufmerksamkeitskonzentration zuzuschreiben sind.

Auf der rechten Seite der Handarbeit einer anderen Patientin, deren hypomanischer Rede- und Bewegungsdrang noch augenscheinlicher ist, sind die Stiche zwar ordentlich, doch die Rückseite der Arbeit unordentlich, die Fäden und Knoten zeigen ein wirres Durcheinander. Die Kranke hat auch keine Lust dazu, eine größere Arbeit zu beginnen, und ihre Leistung ist trotz der beschleunigten Assoziation und des gesteigerten Bewegungsdranges verhältnismäßig langsam. Sie bemerkt dies auch selbst und motiviert ihre geringe Leistung damit, daß sie zur gleichmäßigen Ausführung der Stiche einer erhöhten Anspannung ihrer Aufmerksamkeit bedarf, hierdurch aber das Gefühl einer gesteigerten Ermüdung bei ihr hervorgerufen wird. Der durch die manische Stimmung gesteigerte Tätigkeitsdrang hat also keine größere Arbeitsleistung zur Folge, da die in diesem Stadium geleistete Arbeit entweder qualitativ oder quantitativ minderwertig ist.

Bedeutend vollkommenere Arbeiten liefern die depressiven Kranken im Besserungsstadium. Infolge der noch immer bestehenden Hemmung kommen sie mit ihrer Arbeit nur langsam vorwärts, und dieser Umstand verbittert die ohnedies an Minderwertigkeitsgefühl krankenden Patientinnen in bedeutendem Maße. Diese Individuen sind zumeist auch mit ihren guten Arbeiten unzufrieden und trennen in ihrer langsam fortschreitenden Arbeit immer etwas auf. Ihren eigenen Geschmack und ihre Individualität halten sie für unrichtig und wenden sich immerwährend um Ratschläge an die Umgebung. Mit dem erhaltenen Rate sind sie jedoch eben-

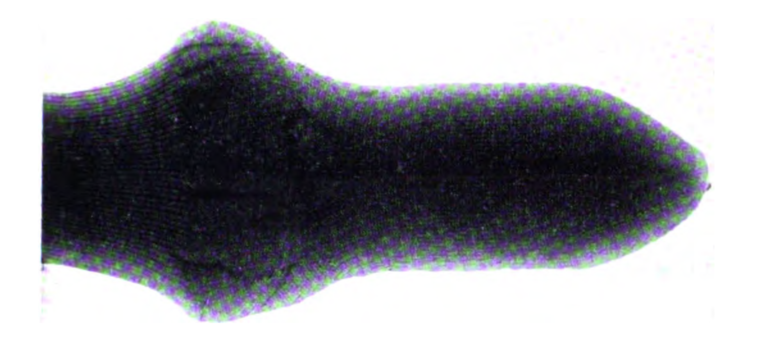


Fig. 1.

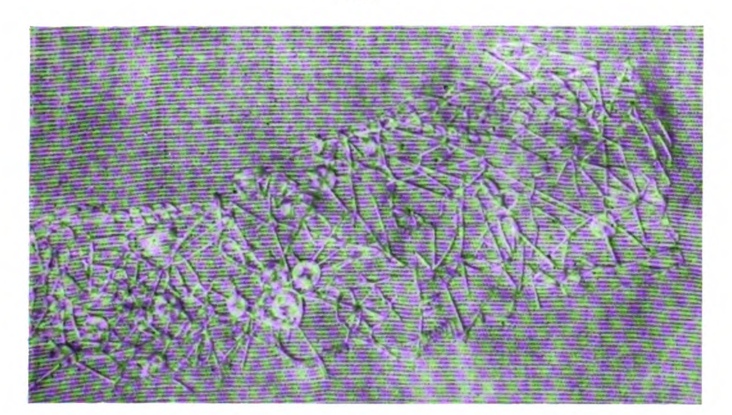


Fig. 2.

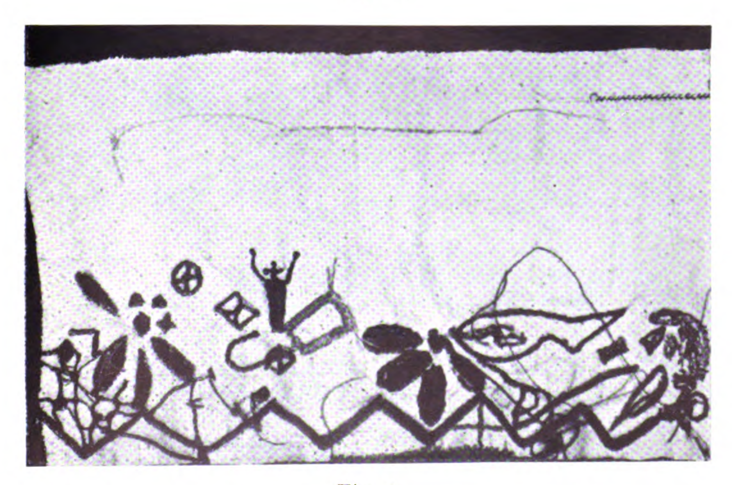


Fig. 3.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 102.
Zu „Jolantha Ferenczy, Handarbeiten weiblicher Geisteskranker".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

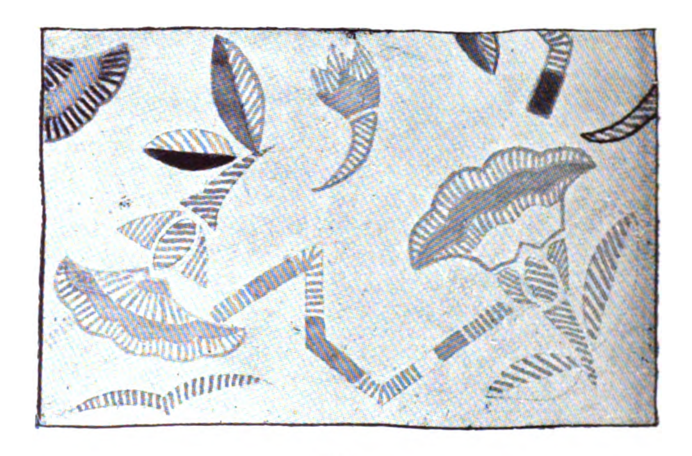


Fig. 4.

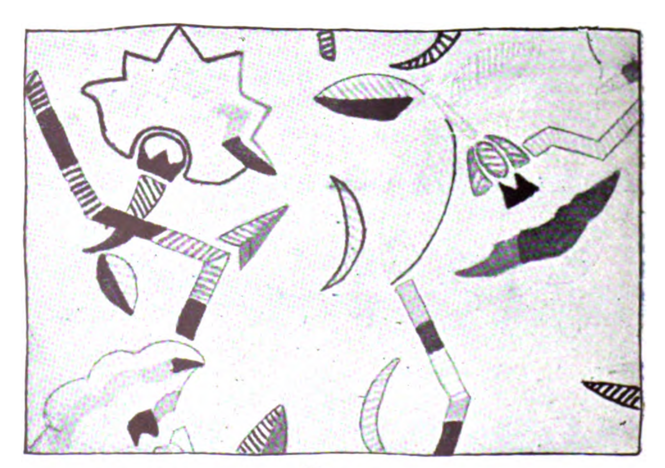


Fig. 5.

falls unzufrieden. Sie lassen oft verlauten, daß sie früher auf andere Art und nach anderen Regeln gearbeitet haben. Oft versuchen sie sich damit zu trösten, daß das erhaltene Arbeitsmaterial und die Wolle an den Fehlern schuld sind. Bei Steigerung des Depressionszustandes ist die Patientin, besonders wenn ein ausgesprochenes Angstgefühl besteht, nur auf energische Aufforderung hin geneigt, sich mit Handarbeit zu befassen. Das bei schweren Störungen auftretende Angstgefühl kann an der Arbeit deutlich nachgewiesen werden. Eine ständig an Angstgefühlen leidende Patientin preßte die Arbeit fest in ihrer Hand und zog den bei der Schlingstickerei geleiteten Faden so fest an, daß das zackige Muster der Stickerei ganz gerade wurde, ja sie zog sogar den Grundstoff der Arbeit zusammen. Infolge der Hemmung kommt die Patientin mit ihrer Arbeit nur langsam vorwärts, die Stiche sind kleiner als nötig und ungleichmäßig. Noch deutlicher ist dieser ängstliche Seelenzustand an einer Kreuzstichstickerei zu erkennen. Wenn das Angstgefühl während der Arbeit stärker wird, tritt dies dadurch zutage, daß die Stiche immer kleiner und ungleichmäßiger werden. Die Patientin fühlt sich in ihrem krankhaften Seelenzustande im Verhältnis zu anderen Menschen klein. Infolge dieses Minderwertigkeitsgefühls glaubt sie sich sündig und nichtswürdig. Das krankhafte Bewußtsein, daß sie sich gegen diejenigen, die ihr am liebsten sind, versündigt hat und für diese Sünde Buße leisten muß, erfüllt sie mit krankhafter Furcht gegen ihre Umgebung. Sie versucht daher, sich im Vergleich zu ihrer Umgebung kleiner zu machen. Wenn der krankhafte Seeleninhalt in den Vordergrund tritt und das Angstgefühl lebhafter zum Ausdruck gelangt, so beansprucht die geschaffene Arbeit in der Außenwelt weniger Platz für sich, demzufolge werden die Stiche immer kleiner. Das ständige Angstgefühl erweckt den Wunsch zur Flucht, der jedoch infolge der Hemmung der Patientin ziellos zum Ausdruck gelangt, sie drückt deshalb krampfhaft die in ihrer Hand befindliche Arbeit und zieht den Arbeitsfaden fest an. Auffallend sind an den Handarbeiten depressiver Patientinnen auch die ins Auge springenden Störungen der Farbengebung, deren Grund im Fehlen der Aufmerksamkeitskonzentration gefunden werden kann. Die oben erwähnte Patientin verwechselt an ihrer Handarbeit bei zwei nebeneinander gelegenen Motiven die blaue und die rote Farbe, in einer anderen Handarbeit schattiert sie nicht nur die Blütenblätter der Blumen, sondern auch den Kelch blau, und erst als die blaue Wolle ausgegangen ist, arbeitet sie die übrigen Blumen mit gelber Farbe. Obwohl während der Verrichtung der mechanischen Arbeit das Angstgefühl geringer wird, stehen dennoch die pathologischen Seeleninhalte im Mittelpunkte der Aufmerksamkeit, was den Be-

weis liefert, daß die Kranke von der Möglichkeit der Farbenwahl in unrichtiger Art Gebrauch macht.

Wenn wir uns mit den Handarbeiten schizophrener Kranker befassen wollen, so dürfen wir die von schizophrenen Individuen hergestellten Werke bildender Kunst nicht außer acht lassen. *Pfeiffer* meint, daß sich in der Seele jedes Künstlers vor der Schaffung eines Kunstwerkes ein autismusartiger Zustand entwickelt. Der Bildner zieht sich von der Außenwelt zurück, damit seine Gedanken in ihrer Großartigkeit durch die Kleinigkeiten des Alltags und der Außenwelt nicht gestört werden. Jedoch unterscheidet sich der Autismus des Künstlers dennoch von dem Autismus der Schizophrenen. Der Künstler verliert die sinnliche Wahrnehmung der Außenwelt nicht vollkommen, da er in diese jederzeit zurückkehren kann, er behält in seiner Phantasie die ganze Außenwelt verschönert durch seine künstlerischen Ideen. Demgegenüber verlieren die Schizophrenen in ihrem Autismus vollständig die Verbindung mit der sie umgebenden Außenwelt und können demzufolge keinen einheitlichen Eindruck, sondern nur Einzelheiten wahrheitsgetreu wiedergeben. Deshalb fehlt in den schizophrenen Kompositionen die Einheitlichkeit der Komposition. Die erkannten Motive sind zwar dagegen, doch fehlt sowohl der gestaltliche als auch der geistige Zusammenhang. Zum Autismus gesellt sich der Negativismus. Der Kranke, der sich von der Außenwelt ganz abschließt, kann und will nichts Konventionelles tun. Dieser Umstand macht den Patienten selbständig und originell. Auf diese Weise werden die schizoiden Kunstwerke trotz des Fehlens der Einheitlichkeit stilisiert, wenn auch ihrer Ornamentik jede Realität abgeht.

Diese Gesichtspunkte *Pfeifer*s lassen sich im ganzen und großen auch für die in den Handarbeiten zum Ausdruck gelangende selbständige Individualität anwenden. Aber während der Künstler aus seinem Material ganz selbständig schafft, erhält die handarbeitende Person zu dem Material zugleich auch das fertige Muster, welches als Schema zur Ausarbeitung dient. Der Künstler, der das Muster entworfen hat, hat die Motive der Außenwelt schon durch seinen eigenen produzierenden Autismus stilisiert. Die Handarbeitsmuster, welche die Vereinfachung der Begriffe der Außenwelt bedeuten und zumeist sich wiederholende Motive sind, nähern sich schon der Gemütsart der Schizophrenen. Doch können die primitiven, aus geometrischen Figuren zusammengestellten Handarbeitsfiguren noch nicht als schizoide Schöpfungen bezeichnet werden. Die Gruppierung dieser Figuren geschieht um eine symmetrische geometrische Achse, die nicht zwecklos ist, sondern verwendet wird um eine größere, geordnete Einheit zu bilden.

Trotzdem ist es für den Kranken leichter nach dem erhaltenen Muster dem gegebenen System zu folgen, als aus dem gegebenen Material etwas Neues zustande zu bringen, wofür allein das von der Außenwelt vollkommen abgeschlossene, in sich selbst vertiefte Seelenleben der Kranken mit seinen zerstreuten Begriffsbildern einen Ausgangspunkt geben könnte. Je primitiver und je naiver die vorgezeichneten Muster sind, desto mehr tritt bei der Ausarbeitung die krankhafte Persönlichkeit in den Hintergrund. Bei der Ausarbeitung der einfachsten Handarbeitsmuster, wo sich bloß einige geometrische Figuren wiederholen, können die von Schizophrenen ausgeführten Arbeiten kaum von denen Gesunder unterschieden werden. Im allgemeinen finden wir viel weniger Abweichungen von den vorgezeichneten Mustern als dies der Krankheit nach zu erwarten wäre. Vielleicht spielt hier außer der Kompliziertheit der stilisierteren Muster auch der Befehlsautomatismus eine Rolle. Wir dürfen auch die Bemerkung *Prinzhorn*s nicht außer acht lassen, laut welcher »das Gesetz der Ordnung und des Gleichmaßes eine solche Macht über die menschliche Seele besitzt, daß sie ihre Herrschaft selbst über die kranke Psyche nicht verliert«. Infolgedessen arbeiten die Patientinnen das vorgezeichnete Muster genau nach, die durch Verwischung des Musters entstandenen Fehler werden aber nicht der richtigen Zeichnung entsprechend verbessert, sondern durch willkürlich eingesetzte verzerrte Figurenelemente ersetzt. Mit vollem Rechte kann also die Frage aufgeworfen werden, auf welche Art die schizophrenen Charakterzüge der Arbeit entstehen, wenn nur geringe Abweichungen von den vorgezeichneten Mustern beobachtet werden können? Beim Entstehen des schizophrenen Charakters der Handarbeit spielen drei Faktoren eine wichtige Rolle: Erstens die Auffassungsart des gegebenen Musters, zweitens die Art der Ausarbeitung und drittens die Farbengebung.

Die um eine zentrale Achse angeordneten Musterteile, deren Zweck ist, einander ergänzend ein einheitliches Ganzes zu bilden, faßt die Kranke nicht als ein einheitliches Muster auf, sondern sie arbeitet jedes einzelne Musterelement als ein selbständiges Ganzes aus. Der Auffassung der Patientin nach stehen die einzelnen Teile des Musters miteinander in keinerlei Zusammenhang.

Die Dekomposition der einzelnen Teile ist nicht in jeder Handarbeit deutlich sichtbar. Die meisten Handarbeiten erscheinen infolge der Verbindung zwischen den einzelnen Musterelementen bei oberflächlicher Betrachtung als ein einheitliches Ganzes. Eine eingehende Betrachtung überzeugt uns jedoch, daß in den einzelnen Teilen Spaltungen bestehen. Die Betonung und Hervorhebung der einzelnen kleinen Musterteile wird durch veränderte oder dichter werdende Stiche erreicht. Es scheint, als ob sich die Patientin hier-

durch gegen die Harmonie sträuben wollte. Stellenweise werden bloß die Ränder ausgearbeitet, andere Teile der Arbeit werden dadurch hervorgehoben, daß ein ganzer Musterteil z. B. mit Stichen ausgefüllt ist und sich einzelne Details hierdurch vom Ganzen abheben. Sehr oft wird an einzelnen Stellen die Originalzeichnung stark hervorgehoben, einzelne kleine Details wieder werden vernachlässigt, wodurch das Muster verzerrt wird und dies die einzelnen Teile noch origineller erscheinen läßt. Diese kleinen Teilchen können wieder Spaltung erfahren, wenn die Patientin nur einzelne Partien der Details hervorzuheben wünscht. Sie verändert z. B. etwa in der Mitte eines Motivs die Stichart, die Mustereinheit verliert hierdurch selbstverständlich ihren einheitlichen Charakter, und es entstehen zwei ganz verschiedene Mustereinheiten. Selten werden die Musterteile vergrößert, dies geschieht dadurch, daß zwei Musterteile zu einem verschmolzen werden, die im ursprünglichen Muster als zwei separate Teile ausgearbeitet werden sollten, um als Details durch ihre Einheitlichkeit den Charakter des Ganzen hervorzuheben. Nach der Versammlung jedoch treten sie aus dem Ganzen hervor und beherrschen als selbständige Musterteile zum Nachteil der Einheitlichkeit die Arbeit. Noch interessanter sind die Einzelheiten der Ausarbeitung, die immer deutlich bezeugen, daß in der Auffassung der Kranken die einzelnen Musterelemente nur für sich allein und nicht als Bestandteile des einheitlichen Ganzen eine Rolle spielen. Bei der Ausarbeitung handelt die Patientin willkürlich und ordnet sich keinem System unter. Sie fängt die Arbeit mit einem Faden an einer Stelle der Handarbeit an, doch setzt sie diese, nachdem der Faden verbraucht ist, an einer ganz entgegengesetzten Seite fort. Die Patientin arbeitet also nicht wie allgemein gebräuchlich fortsetzungsweise, sondern zugleich an mehreren Stellen durcheinander; in ihrem Arbeitsbestreben offenbart sich also eine ambivalente Tendenz. Diese ambivalente Arbeitsbestrebung übt auf die Ausarbeitung des Ganzen eine störende Wirkung aus. Die Richtung der Stiche verändert sich fortwährend. Die in verschiedenen Richtungen gearbeiteten Musterelemente stechen voneinander ab. Eine Patientin führt z. B. an einem in persischer Knüpfarbeit gemachten Kissen den Faden von zwei Richtungen aus der Mitte zu. An den sich in der Mitte begegnenden beiden Teilen ist demzufolge der Lichtbruch verschieden; auf der einen Seite erscheinen die Farben dunkler, auf der anderen heller. Auf den ersten Blick scheint das Kissen aus zwei Teilen zusammengesetzt. — Außer der ambivalenten Tendenz kommen auch ergoschisische und ergodialeptische Symptome zur Geltung. Die Patientin unterbricht die Arbeit an einem Teil, springt auf einen anderen über und vernachlässigt einzelne Teile vollkommen. Sie fängt z. B. bei einer Arbeit in der Mitte an,

springt zur Ausarbeitung des Zackenrandes über, leitet dann den Faden wieder in andere Richtung, ohne die einzelnen angefangenen Teile auszuarbeiten. An einzelnen Teilen beachtet sie kleinere Details überhaupt nicht, gerade infolge der systemlosen Ausarbeitungsweise. Die Ergoschizie ist deutlich auf der Rückseite der Arbeit ersichtlich, wo die Arbeitsfäden im kunterbuntesten Durcheinander hin- und herziehen und die verschiedensten geometrischen Winkel bilden. Oft verdeutlicht sich die Ergodialepsie in der Vernachlässigung des geleiteten Arbeitsfadens beim Abschluß der einzelnen Musterdetails. Den bisher geführten langen Faden vernäht die Patientin nicht, noch leitet sie ihn einer anderen Mustergruppe zu, sondern läßt ihn an der Kehrseite der Arbeit fransig hängen. *Diese Art der Fadenleitung ist nicht ökonomisch. Die schizophrenen Individuen verbrauchen also zu ihren Handarbeiten zwei- bis dreimal soviel Material als normale Menschen.*

Die Systemlosigkeit der Arbeit wird auch durch die Störungen des Rhythmus gesteigert. Eine Patientin benützt z. B. immer 4—5 m lange Fäden. Obzwar sie den Faden in stereotyper Weise mit der gleichen Armschwingung führt, ist sie jedoch infolge der Länge des Fadens nicht imstande diesen gleichmäßig anzuziehen, wodurch die Stiche ungleichmäßig werden. Wenn sich der Arbeitsfaden während der Arbeit verknotet, führt sie ihn nur bis zum Knoten und kümmert sich nicht, daß der übrige Teil des Fadens hängt. Der plötzlich verkürzte Faden bringt nun eine neuerliche Veränderung der Stichart, infolge des wieder veränderten Rhythmus. — Das Engerwerden und die Verbreiterung der Reihen ist ebenfalls die Folge der Rhythmusveränderung, die die Verschiedenheit der einzelnen Musterteile in noch erhöhtem Maße hervorhebt. In Fällen von Rhythmusstörung werden die Stiche oft verschieden locker; den Fehler versucht die Patientin dadurch zu verbessern, daß sie die folgenden Stiche wieder mehr als nötig anzieht. Obwohl der Rhythmus der Arbeit oft auch gleichmäßig ist, kann die Arbeitsweise dennoch nicht als praktisch bezeichnet werden. Eine Patientin arbeitet z. B. an einem Gobelinmuster zwar mit gleichmäßigen Stichen, doch sind die Stiche auffallend klein und der Grundstoff scheint überall durch. Interessant ist, daß die Schrift der Patientin einigermaßen mikrographe Tendenz zeigt. — Die Systemlosigkeit der Ausarbeitung führt oft zu kindlichen naiven, bizarren Verzerrungen. Eine Patientin hat bei der Ausarbeitung eines Gobelinbildes, an welchem die mit einem ovalen Rahmen umgebenen schwarzen Schattengestalten bereits fertig waren, anfangs den Grund mit regelmäßigen Stichen ausgefüllt, setzt jedoch später die Stiche außerhalb des Rahmens fort und begründet dieses Vorgehen damit, daß sie dem Bilde

statt der ovalen eine viereckige Form geben will. Bezüglich der geplanten neuen Form faßt sie aber keinen endgültigen Entschluß, so daß das Bild eine asymmetrische Form bekommt, an der einen Seite eckig ist und aus dem ovalen Rahmen tritt, während an der anderen Seite die ovale Form erhalten ist. — Oft geht mit der Verzerrung auch die Beschädigung des Arbeitsmaterials einher. Bei Weißstickereien z. B., wenn das Material an unrichtiger Stelle ausgeschnitten wird, näht die Patientin die entstandene Lücke mit unordentlichen großen Stichen wieder zu. Eine andere Patientin wieder, die ihre angefangene Handarbeit mit einem Fransenrand versehen will, zieht die Fäden des Grundstoffes nacheinander heraus und zerzupft den ganzen Grundstoff.

Die Verzerrungen und die Schädigungen des Materials bemerken die Kranken zwar, doch nehmen sie dies ganz gleichgültig hin. Diese Gleichgültigkeit ist die Folge nicht bloß des Autismus, sondern auch des Spieltriebes. Für die Patientinnen bedeutet ihre Arbeit eigentlich nur eine Spielerei, geradeso wie das Kind seine primitiven Zeichnungen macht, durch die es eigentlich gar nichts ausdrücken will und diese Beschäftigung bloß für einen Zeitvertreib ansieht. Im Sinne *Prinzhorn*s entsteht durch den überwuchernden Spieltrieb eine Arbeit bzw. Tätigkeit, die sich Selbstzweck ist. Einen schönen Beweis hierfür liefert ein Strumpf, den eine unserer Patientinnen strickte. Der Strumpf hat zwei Fersen, die sich gegenüberstehen, wodurch der Strumpf die Form eines unförmigen Schlauches bekommt (s. Fig. 1).

Die Schizophrenen können in ihren Handarbeiten auch künstlerische Begabung zum Ausdruck bringen, wenn sie nach selbst entworfenen Plänen arbeiten. Der Zerfall der Einheitlichkeit offenbart sich hier noch deutlicher als bei den fertig erhaltenen Mustern; hier können wir die pathologisch veränderte Persönlichkeit noch klarer erkennen. Die Kranke besitzt hier keinerlei Stützpunkte noch Leitmotive, sie verläßt sich vollkommen auf ihre bizarre Phantasie, der — abgeschlossen von der Außenwelt — etwas ganz Abstraktes entspringt und die ihr gestattet, den Begriff des Symbols auch in ihrer Handarbeit einzuführen. Die Überwucherung des Spieltriebes äußert sich hier übermäßiger als bei den Arbeiten nach fertigen Mustern und demnach tritt die Systemlosigkeit noch mehr in den Vordergrund. Meistens entstehen diese Entwürfe ganz plötzlich, als Folge einer blitzartig aufzuckenden Idee. Die Patientin spielt mit einem Stoffstück, sie zeichnet das Muster gar nicht auf den Stoff, sondern stichelt ganz systemlos an dem Stoff herum. Diese systemlosen, unregelmäßigen Sticheleien haben mit dem Krix-Krax der Kinder große Ähnlichkeit, sie haben gar keine Bedeutung sondern sind bloß Stichbündel ohne Zweck und Ziel. Diese Stichbündel werden von der

Patientin mit anderen Sticharten umgeben und so können sekundär auch primitive Figuren entstehen, die nebeneinandergestellt Ähnlichkeit mit Spinnen oder Radspeichen zeigen (s. Fig. 2). Diese Sticharten gehen ohne irgend welches System oder Bedeutung den Grundstoff bedeckend haufenweise nebeneinander her. Charakteristisch ist, daß niemals festgestellt werden kann, wo der Anfang und wo das Ende der Arbeit ist, da die einzelnen Fadenbündel vollständig zusammenfließen und ihre Zeichnung keinerlei Anpassung an irgendeine regelmäßige Form zeigt. Den Anfang bestimmt bloß der Rand des Grundstoffes und ihre Formation ist in der Größe von einigen Quadratzentimetern ebenso unvollendet, wie sie es wahrscheinlich an einem bis ins Unendliche reichenden Grundstoff bleiben würde. Bei der Besichtigung dieser unregelmäßigen, zusammenfließenden Fadenbündel müssen wir unwillkürlich an die an Fensterscheiben angefrorenen Eisblumen denken, die nebeneinandergereiht die ganze Fläche der Fensterscheibe bedecken. Auch diese sind einander sehr ähnlich, doch wiederholt sich niemals die gleiche Form. Oft beginnt die Patientin an mehreren Stellen des Grundstoffes diese unregelmäßigen, eisblumenartigen Stiche in verschiedener Größe auszuführen, bezüglich ihres endgültigen Arbeitsplanes kann sie aber keine Auskunft geben, darüber nämlich, welch eine endgiltige Form das Muster eigentlich haben wird. Daß eine derartige Arbeit für die Kranke bloß eine Spielerei bedeutet, beweist, daß wenn sie die Arbeit einmal beiseitegelegt hat, sie diese niemals wieder in die Hand nimmt, da ihr ihr eigenes Werk fremdartig erscheint.

Auch in den von den Patientinnen entworfenen Mustern tritt der Mangel der zusammenhaltenden Kraft zutage. Auch in diesen fehlt die Einheitlichkeit, und der einzige Zweck der Zeichnerei ist die Ausfüllung des Grundstoffes. Gleichmaß, Regel oder Stil kommen bei diesen Zeichnungen keineswegs zur Geltung. Größere Musterelemente kommen in diesen Zeichnungen nur selten vor, sie setzen sich zumeist aus kleinen, dicht nebeneinander gestellten figuralen Elementen zusammen. Runde und eckige Figuren, gerade und krumme Striche stehen friedlich nebeneinander, ohne jedes System, dicht nebeneinander gesetzt. Ihre Form zeigt keine besondere Variabilität. Ihre Form und die Anordnungsart stempelt sie dennoch zu einzelnen unabhängigen Einheiten. Im wesentlichen wird das Muster monoton und bekommt durch die zusammengetragenen ungleichen Komponenten einen mosaikartigen Charakter. Zu den drei- und viereckigen Figuren gesellen sich Herz-, Erdbeer-, Sonnen- und Halbmondformen. Oft sind die einzelnen Musterteile älteren Handarbeiten entlehnt. Auch hier spielt neben den aus Perserteppichen stammenden Musterelementen das ungarische Tulpenmotiv eine Rolle. Die Auffassungsart der schi-

zoiden Musterentwürfe steht auch dem Seelenleben anderer Kranken näher als die fertigen, vorgezeichneten Handarbeitsmuster. Die schizophrenen Musterentwürfe ermöglichen das Hervorheben und Betonen einzelner Musterelemente, die für die Kranken mehr bedeuten als einfache Figuren. Sie verleihen den betonten Teilen noch eine besondere individuelle Schattierung und somit tritt die Schaffung des Symbols in den Vordergrund, welches einer der Hauptcharakterzüge der schizoiden Werke ist. Die Patienten wollen nur ihre eigenen Gedanken darstellen, sie schaffen also eigentlich eine Bildschrift, doch ist diese bloß ihnen verständlich, da sie nur abstrakte individuelle, einzelne Formelemente geben. Verstehen können wir diese Verbindungen von stilisierten einfallsmäßig zusammengetragenen Begriffen bloß durch die Erklärung der Patientinnen.

Eine unserer Kranken bemerkt beim Sticken von einigen gleichen roten Vierecken: »Hier ist mein Sommerkleid, auch in diesem waren solche Muster.« Die Bedeutung der Symbole ist ebenfalls Veränderungen unterworfen. Wenn die Kranke z. B. an einem lilafarbenen Kreise arbeitet, denkt sie an einen Verlobungsring, weil sie keinen Bräutigam hat und gerne einen haben möchte. In diesen lilafarbenen Kreis stickt sie zwei Kreuzformen hinein, als Symbol dessen, daß alles, woran sie denkt, im Zeichen des Kreuzes geschehen muß. Der lilafarbene Kreis bedeutet zugleich auch einen Amethystring oder ein lilafarbenes Kleid. Am nächsten Tage gibt sie bezüglich der Symbole wieder andere Aufklärungen: »Der gestickte Kreis bedeutet Verlobungsring, Reif oder Karosserie. Er bedeutet die biblische törichte Jungfrau, die vergebens auf ihren Bräutigam gewartet hat. Er ist aber nicht bloß das Symbol der Laterne der törichten Jungfrau, sondern auch das des Ölkruges der biblischen Witwe.« Eine rotgestickte käferartige Zeichnung bedeutet einerseits den Blumenstrauß, den ihr der Bräutigam im Zeichen des Kreuzes schicken wird, sondern sie bedeutet auch das Sternbild des Skorpions (s. Fig. 3). Diese Symbolisierung geschieht aber nicht mehr bloß durch den Spieltrieb, sondern die Patientin will auf diese Weise die sich ihr aufdrängenden Wünsche zum Ausdruck bringen. Ihre Ausdrucksart nähert sich also mit einem Schritte wieder der Kunst. Diese Handarbeit kann nicht mehr dem Niveau der Kinderzeichnungen zugewiesen werden, sondern sie tritt aus diesem Kreise heraus und fordert einen Platz in der Reihe der Schöpfungen bildender Kunst.

Bei den Stickereien schizophrener Individuen dürfen wir auch die Farbengebung nicht außer acht lassen. Die Ungeordnetheit der Kolorierung betont die Selbständigkeit der bereits durch die Auffassungsart und Ausarbeitung entstandenen Mustereinheiten noch mehr.

Den Unterschieden zwischen hellern und dunkleren Farbenschattierungen gegenüber sind die Kranken meist gleichgültig. Sie verwenden die einzelnen Schattierungen nicht mit Bedacht, um aus dem Muster eine Form hervorzubringen, sondern einem plötzlichen Einfall folgend. Oft entstehen die grellsten Farbenzusammenstellungen; die buntesten blauen, violetten, gelben, grünen Farben häufen sich ohne irgendein System im kunterbuntesten Durcheinander, wodurch die einzelnen, ursprünglich einheitlich entworfenen Formelemente in mehrere Teile gespalten werden. Auch bei der Ausarbeitung des Randes verwenden sie plan- und systemlos alle ihnen zur Verfügung stehenden Farben. Demnach können die farbigen Handarbeiten der Kranken als Konglomerate nicht nur der Formen, sondern auch der Farben bezeichnet werden. Es kommt sehr oft vor, daß die Patientinnen, wenn sie die Anwendung einer Farbe nachträglich für unrichtig halten, mit einer anderen Farbe dazwischen arbeiten und durch die Mischung zweier Farben neue Farbenwirkungen erzielen.

Die Originalität der schizoiden Farbengebung tritt jedoch am anschaulichsten in jenen Handarbeiten hervor, deren Zeichnung der Natur am nächsten steht. In einer mit farbigen Blumenmustern verzierten Handarbeit einer Patientin folgt die Farbengebung nicht der Natur. Die zur Ausarbeitung der Blätter verwendeten braunen und roten Farben scheinen noch einigermaßen natürlich, wenn wir an das welkende herbstliche Laub denken, doch finden wir neben dem Laub keine Blüten. Noch eigenartiger ist das in lila, blauer und schwarzer Farbe gehaltene Laub, wie auch die zur Ausarbeitung der Blüten verwendeten grünen und schwarzen Farbentöne. An manchen Stellen sehen wir Farbenstereotypien: ganze Musterteile, Knospen, Blumen, Stiele und Blätter werden mit zwei grünen Schattierungen ausgearbeitet (s. Fig. 4). An anderen Teilen der Arbeit sehen wir ganze Büschel lilafarbiger Blätter, wieder anderswo sind die roten Farben vom blassesten rosa bis zum dunkelsten rot vertreten. Ähnliche Farbenstereotypien sehen wir auch an anderen Stickereien, wo die einzelnen Musterteile als Farbenflecke wirken. Eine andere interessante Eigenheit der Arbeit ist die Spaltung der Farbengebung. An den Blütenblättern und Blättern setzt die Kranke die Arbeit nicht mit dem Anfangsfaden fort, sondern sie verwendet zur Ausarbeitung der zweiten Hälfte desselben Formelementes eine von der ersten abstechende Farbe. Die eine Hälfte eines Blattes ist z. B. grün und die andere schwarz, die Arbeit wird dann mit blauer, roter und gelber Farbe fortgesetzt (s. Fig. 5).

Wenn wir die schizophrenen Handarbeiten als künstlerische Darstellungen beurteilen, so finden wir in ihnen

eine merkwürdige Ähnlichkeit mit den Werken der modernen künstlerischen Richtungen. Unser unruhiges Zeitalter mit seinen fieberhaften Erregungen und Gemütsstürmen hat die expressionistische Kunst geschaffen; aus dieser hat sich die symbolistische, kubistische und futuristische Kunstrichtung entwickelt. Die Seele der Schizophrenen steht der nervös vibrierenden, aus der Projektion innerer Eindrücke stammenden, symbolistisch darstellenden, mit vereinfachten Formen arbeitenden künstlerischen Richtung näher als dem Realismus. Die künstlerischen Schöpfungen der Schizophrenen werden eine Ähnlichkeit mit den modernen Kunstrichtungen auch dann zeigen, wenn der Kranke hiervon keine Ahnung hat. Obzwar sich die von Schizophrenen entworfenen Handarbeitsmuster den modernen Kunstrichtungen nähern, bestehen zwischen den beiden dennoch wesentliche Unterschiede. Der expressionistische Künstler bricht zwar seine Verbindung mit der Außenwelt ab, doch bringt er uns seine von den Eindrücken der Außenwelt begeisterte Phantasie entgegen, er spricht zu uns zwar in Symbolen, doch kann sich den Schlüssel zu diesen Symbolen jedermann verschaffen. Demgegenüber arbeitet die Phantasie des Kranken abgeschlossen von der Außenwelt, sie spricht in einer unverständlichen Sprache zu uns, die für jeden, ja oft sogar für den Patienten selbst unverständlich ist. Die verwendeten Symbole sind ebenfalls individuell und besitzen bloß für den Schaffenden eine Bedeutung, für uns werden sie nur dann verständlich, wenn uns der Patient selbst über ihre Bedeutung aufklärt. Die Bedeutung der Symbole ändert sich selbst bei dem Kranken. Die vereinfachten Formen des Kubismus und die primitiven Darstellungen der Patienten zeigen zwar große Ähnlichkeit, doch stilisiert der Kubismus mit Zweck und Ziel im Interesse des Ganzen, während der Schizophrene ohne Ziel und Zweck Formen nebeneinander setzt, bloß um hierdurch seinen Spieltrieb zu betätigen. Die in der modernen Kunst sichtbaren übertriebenen Farben und Stilisierungen können als im Dienste des Ganzen stehende wirkungssteigernde Mittel betrachtet werden, während die Übertreibungen und Spaltungen der schizophrenen Farbengebung bloß Folgen der hochgradigen Gleichgültigkeit der Patienten sind. Es spielen hierbei wahrscheinlich auch Synästhesien eine Rolle, wie wir dies bei einer klavierspielenden Patientin gesehen haben, doch zumeist spielen die Kranken nur mit den Farben.

Diese Handarbeiten üben aber trotzdem durch ihre bizarre Farbenpracht eine angenehme Wirkung auf das Auge aus. Ihre naiven Züge, ihre Originalität zeigen die Rückkehr zu uralten, primitiven seelischen Eigenheiten. Wenn die Darstellungen der schizophrenen Kunst eine Ähnlichkeit mit den kindlichen Zeichnun-

gen und mit der Kunst der primitiven Völker aufweisen, so können die Stickereien der Schizophrenen mit den primitiven Handarbeiten der Völker verglichen werden. In beiden ist der Zusammenhang zwischen den einzelnen Formelementen ein lockerer, die stilisierten Darstellungen sind vereinfacht und die einzelnen Musterteile wiederholen sich in stereotyper Weise. Dies können wir an den Mustern der orientalischen Teppiche sehr gut beobachten. Bei beiden können wir auch die originelle Zusammenstellung der Farben sehen, die mannigfaltige Farbenpracht. Doch eben hier besteht auch der Unterschied zwischen den beiden: in den volkstümlichen Handarbeiten sind keine Farbenstereotypien sichtbar, und die Verteilung der Farben ist, wenn sie auch augenblicklichen Eingebungen entstammt, niemals zwecklos. Verschieden ist auch die Ausarbeitung, die bei den volkstümlichen Handarbeiten systematisch in einem Zuge erfolgt. In diesen Arbeiten sehen wir keine unzweckmäßigen Veränderungen des Rhythmus wie in den Handarbeiten der Schizophrenen, die einzelnen Teile passen sich einander genau an und zerfallen nicht in kleinere Teile. Es fehlen in den volkstümlichen Arbeiten auch die individuellen bildschriftlichen Erklärungen der Formelemente. In diesen Handarbeiten sind keine Symbole eingearbeitet. Das Volkskind bringt sein ursprüngliches Talent zur Geltung, und der Zweck seiner Tätigkeit ist die Verzierung der Gegenstände, während die Arbeiten der Kranken bloß einen ziellosen Zeitvertreib bedeuten. Wenn wir die Handarbeiten der Geisteskranken beobachten, so finden wir in jeder Hinsicht niedrigere Leistungen als bei Normalen. Die Betrachtung der einfachen Handarbeiten, selbst bei den schon im Stadium der Besserung befindlichen Patienten, lenkt unsere Aufmerksamkeit auf krankhafte Veränderungen des Seelenlebens. Wir können also auch die Handarbeiten als diagnostische Hilfsmittel benützen. Die auf diese Weise gewonnenen Beobachtungen dürfen wir jedoch nicht überwerten: erst aus dem Vergleich der klinischen Symptome kann ein Schluß gezogen werden, und unsere Diagnose darf nicht auf einer einzigen systemlos ausgearbeiteten Handarbeit beruhen.

Literatur:

Prinzhorn: Bildnerei der Geisteskranken.
Schilder: Wahn und Erkenntnis.
Pfeifer: Der Geisteskranke und sein Werk.
Max Déry: Naturalismus, Futirismus und Impressionismus.
Franz Orsós: Wissenschaft, Kunst und Glauben.

Aus der württemb. Heilanstalt Meinsberg (Direktor Ob. Med.-Rat Dr. *Sayler*).

Drei Stammbäume.

Mitgeteilt von

Hans Wildermuth.

Das Wissen um das furchtbare Verhängnis der erblichen Belastung wird heute, und mit Recht, von den Volksschulen verbreitet; es ist zum selbstverständlichen, geistigen Besitz des ganzen Volkes geworden. Trotzdem stößt auch der in diesen Dingen Erfahrene immer wieder auf Stammbäume, deren furchtbarer Verlauf etwas vom unentrinnbaren Verhängnis der alten Tragödie hat.

Mehr dem Zufall als dem Beruf danke ich die Kenntnis der folgenden drei Familiengeschichten, obwohl eine Anzahl der Kranken hier in Weinsberg behandelt wurde. Die Stammbäume sind dann auch insofern lückenhaft, als lange nicht von allen Kranken wenigstens Krankengeschichten aufzutreiben waren, und von denen, die außerhalb der Anstalt blieben, meist nur vage Angaben wie »sonderbar«, »merkwürdig«, »auffallend« in Erfahrung gebracht werden konnten.

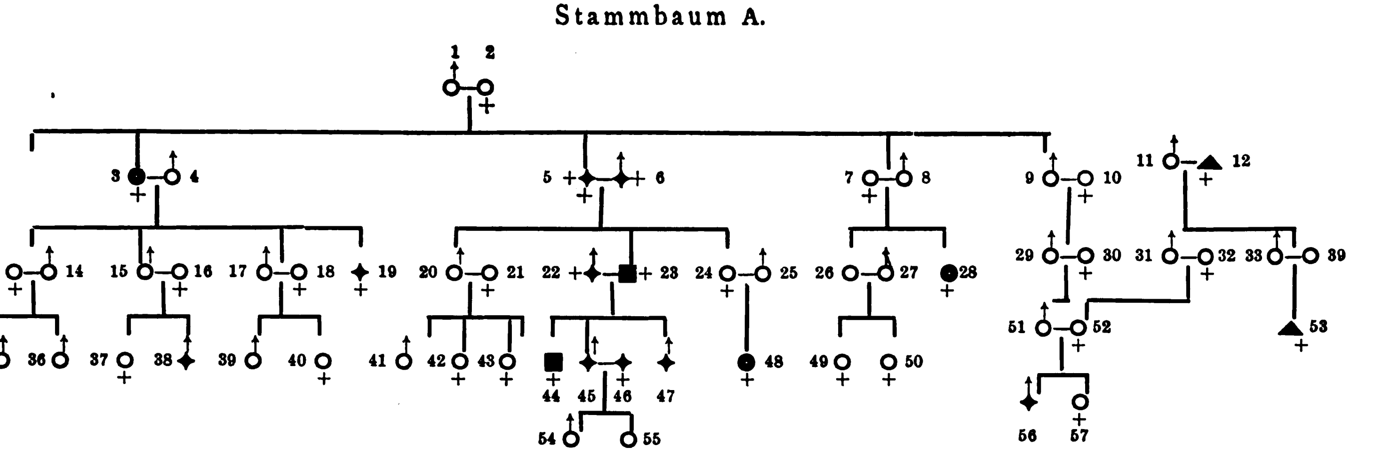
Es handelt sich um »gut bürgerliche« Familien einer kleineren Mittelstadt in durchwegs guten, teilweise glänzenden äußeren Verhältnissen; im Wesentlichen kommen Akademiker, Kaufleute, Fabrikanten und ein oder zwei Offiziere vor. Nähere Angaben sind zurzeit nicht zu machen.

Bei Durchsicht dieser drei Stammbäume fällt zunächst zweierlei auf: Erstens das häufige Ineinanderheiraten zweier belasteter Stämme und zweitens das Vorkommen sowohl zirkulärer als auch schizophrener Erkrankungen in derselben Familie.

Von beiden Seiten belastete Verbindungen sind: bei A 5/6, 22/23, 45/46, 51/52, bei B 17/18, 23/24, 67/68; bei C 21/22 (15/16 kann hier nicht wohl gezählt werden, da 16 an Paralyse litt).

Die Gründe für dieses häufige Ineinanderheiraten sind wohl verschieden: in erster Linie wohl die kleinstädtische Umwelt, in der die Zahl der in Betracht kommenden Familien von vornherein beschränkt ist, ja gerade Verbindungen dieser Familien untereinander aus Geschäfts- und sonstigen Rücksichten häufig sogar gewünscht werden; dann mag in manchen Fällen eine gewisse Hemmungslosigkeit oder Kritiklosigkeit eines Partners

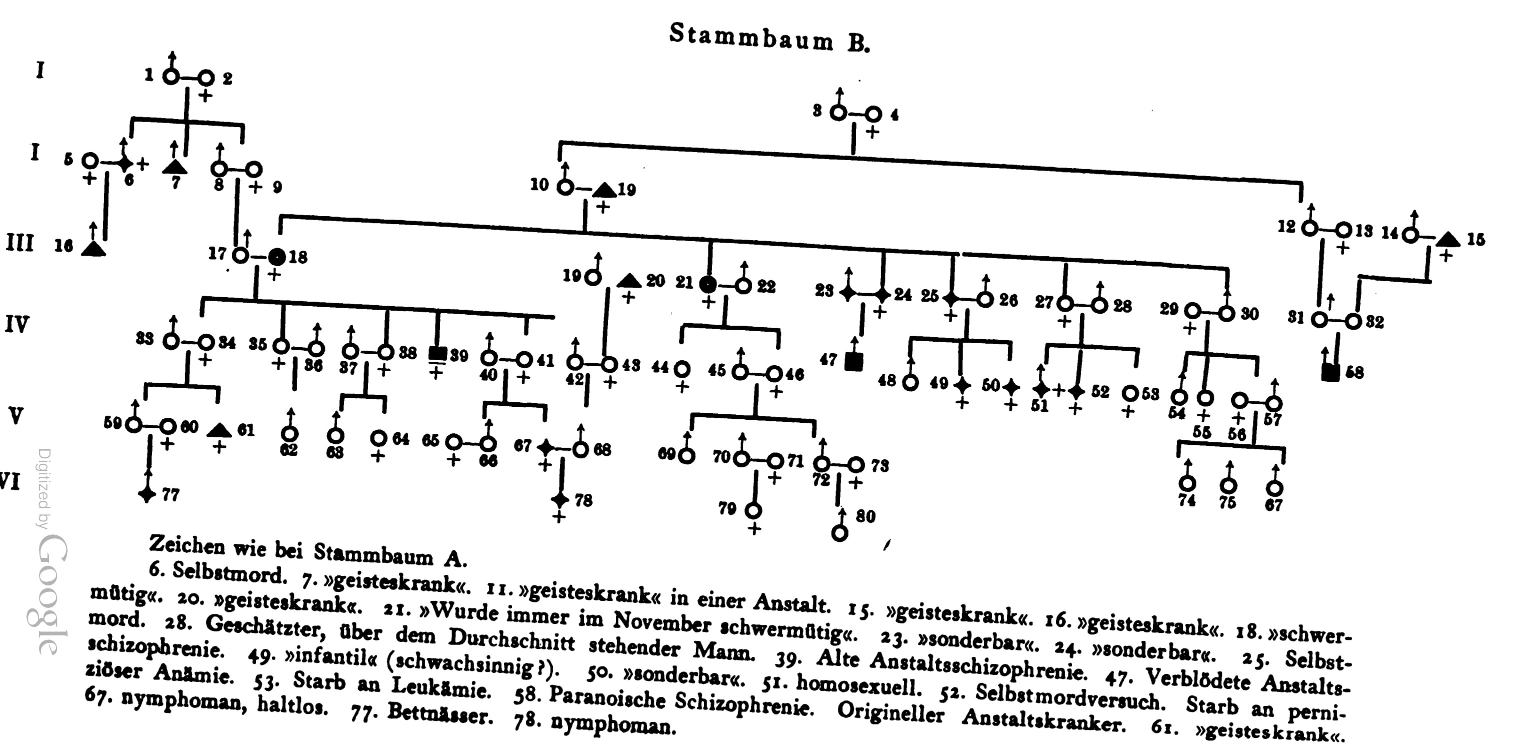
Stammbaum A.



Zeichenerklärung: o gesund, ● zirkulär, ■ schizophren, ▲ geisteskrank ohne feststellbare Diagnose, ✦ psychopathisch, auffällig, sonderbar, ✦+ ●+ Selbstmord.

Über die einzelnen Familienmitglieder ist bekannt:

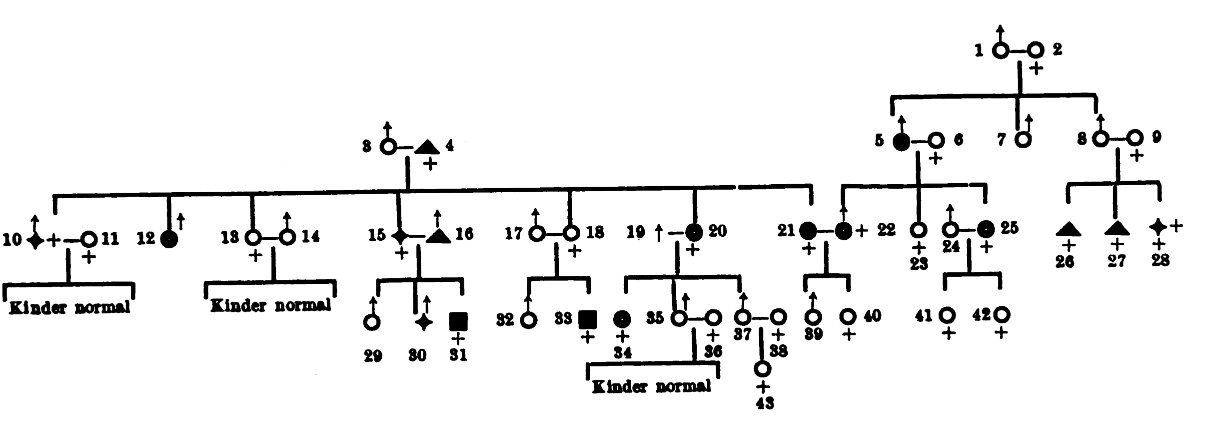
3. »schwermütig«. 5. u. 6. Selbstmord. 12. geisteskrank in der Anstalt. 19. »nicht normal«. 22. bedeutender, intelligenter Mann. Im Alter Selbstmord, wahrscheinlich in seniler Depression. 23. geisteskrank, wahrscheinlich Schizophrenie (war nicht in der Anstalt), endete durch Selbstmord. 28. »zeitweilig schwermütig«. 38. Psychopath, sozial brauchbar. 44. Verblödete Anstaltsschizophrenie. 45. Zweifelhafter Charakter, Trinker. 46. Auffallend aufgeregt, reizbar. 47. Schwerer Psychopath, moral insanity; äußerst asozial. Manische Komponente? 48. »zeitweilig schwermütig«. 53. »geisteskrank« wahrscheinlich Schizophrenie. 54. u. 55. Schulkinder, psychisch bis jetzt nicht auffallend. 56. Schwer erziehbarer Junge; Zerstörungstrieb, angeblich dabei intelligent.



Zeichen wie bei Stammbaum A.

6. Selbstmord. 7. »geisteskrank«. 11. »geisteskrank« in einer Anstalt. 15. »geisteskrank«. 16. »geisteskrank«. 18. »schwermütig«. 20. »geisteskrank«. 21. »Wurde immer im November schwermütig«. 23. »sonderbar«. 24. »sonderbar«. 25. Selbstmord. 28. Geschätzter, über dem Durchschnitt stehender Mann. 39. Alte Anstaltsschizophrenie. 47. Verblödete Anstaltsschizophrenie. 49. »infantil« (schwachsinnig?). 50. »sonderbar«. 51. homosexuell. 52. Selbstmordversuch. Starb an perniziöser Anämie. 53. Starb an Leukämie. 58. Paranoische Schizophrenie. Origineller Anstaltskranker. 61. »geisteskrank«. 67. nymphoman, haltlos. 77. Bettnässer. 78. nymphoman.

Stammbaum C.



Zeichen wie bisher.

4. »geisteskrank« in einer Anstalt. 5. Genie, zirkulär. 10. Selbstmord. 12. Atypischer Zirkulärer. Luetiker. 15. Sonderbar. 16. Paralytiker. 20. »zeitweise schwermütig«. 21. »schwermütig«. 22. Zirkulär, endete durch Selbstmord. 25. »geisteskrank, wurde wieder gesund« (wohl zirkulär). 26. geisteskrank, vorübergehend in einer Anstalt. 27. geisteskrank, in der Anstalt gestorben. 28. Selbstmord in hohem Alter. 30. Sonderbar. 31. Verblödete Anstaltsschizophrenie. 33. Alte Anstaltsschizophrenie. 34. »nervös« zeitweise erregt, nicht in Anstalt. 39. u. 40. Jung, vor dem Erfüllungsalter, gestorben.

gegenüber starker erblicher Belastung (die in diesen Kreisen ja schon lange gefürchtet ist) und gegen Eigenheiten des zukünftigen Gatten mitsprechen und schließlich wird hie und da ganz einfach der Zufall entschieden haben.

Die »Mischinfektion« der Stämme mit zirkulärer und schizophrener Belastung zeigt besonders deutlich C, in dem sicher 12, mit großer Wahrscheinlichkeit 20 und 21 zirkulär, 31 und 33 aber ganz sicher schizophren sind. Bei Stammbaum A finden sich unter den Nachkommen von 5/6 eine ganz sichere (44) und eine wahrscheinliche (23) Schizophrenie und eine höchst wahrscheinlich zirkuläre Kranke (48). Bei B hat die (wahrscheinlich) Zirkuläre 18 eine sichere Schizophrenie (39) in ihrer Nachkommenschaft, doch spricht hier die Entartung durch 17 mit. Die Nachkommen der ebenfalls höchst wahrscheinlich Zirkulären 21 sind ganz frei geblieben, was für die aus der dominanten Vererbung folgenden Forderung: einmal frei, immer frei, sprechen würde.

Sonst dürften aus den Stammbäumen keinerlei mathematische Vererbungsregeln sich ableiten lassen, schon deshalb nicht, weil manche Diagnosen nicht bekannt sind, sich auch unter »Sonderbaren« und »Auffälligen« manche Schizophrenie, vielleicht auch mancher Manisch-Depressiver verbirgt. Außerdem haben die Jüngsten vielfach noch nicht das Erfüllungsalter erreicht.

Zu erwähnen ist ferner, daß nur eine einzige, nicht einmal ganz sichere Schwachsinnige (B 49) und keine Epileptiker vorkommt, was immerhin dafür spricht, daß diese Erkrankungen auch erbmäßig gar nichts mit Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein zu tun haben.

Zur Frage Genie und Irrsinn: Nur ein einziges wirkliches Genie findet sich: C 5; über dem Durchschnitt begabt waren besonders A 22 und B 42, dieser ein Glied einer bekannten Gelehrtenfamilie, mit Abstand auch B 28; diese sind jedoch eingeheiratet und nicht blutsverwandt mit den belasteten Stämmen. Von B 28 sind trotz gesunder Eltern zwei von drei Kindern psychisch abnorm, zwei sind auffallenderweise an verschiedenen Blutkrankheiten verstorben. — Unter den gesunden Gliedern sind zahlreiche durchschnittlich tüchtige Männer und Frauen, wirklich hervorragend ist keiner.

Weiterhin scheint aus den Stammbäumen hervorzugehen, daß die kranken Stämme allmählich von selbst aussterben: statt sich zu verbreitern, spitzen sich die Tafeln nach unten zu. Aber hier ist zunächst die allgemein üblich gewordene Geburtenbeschränkung zu berücksichtigen und weiterhin zu bedenken, daß zur Beantwortung dieser Frage die vorliegenden Stammbäume nur mit großer Reserve verwendet werden können; erstens war es nicht möglich, alle Nachkommen zu erfassen, und zweitens stehen manche erst am Anfang

ihrer Fortpflanzungsfähigkeit. Bis zu einem gewissen Grad mag ein solches Aussterben unter den gegebenen sozialen Verhältnissen immerhin zutreffen.

Zum Schluß erhebt sich auch hier wieder die Frage nach der Belastung der Durchschnittsbevölkerung. Ist die Belastung in den geschilderten Fällen, abgesehen von A mit den Nachkommen von 5/6 und C wirklich sehr viel größer als beim Durchschnitt? Wieviel Stammbäume gibt es überhaupt, in denen keine Sonderlinge, Psychopathen oder gar Psychotische vorkommen? Man weiß, wie schwer diese Frage zu beantworten ist.

Bericht über das Irrenwesen des Auslandes.

XXIV.

30 Jahre Geisteskrankenbehandlung in Deutsch-Ostafrika.

Von

G. P. Richard Brachwitz, Berlin-Reinickendorf.

(Mit 4 Abbildungen auf 1 Tafel.)

Deutschland besitzt keine Kolonien mehr. Was geblieben ist, ist eine bescheidene Missionstätigkeit, die von der ärztlichen Mission unterstützt wird. Deutsch-Ostafrika war eine der schönsten und ertragreichsten Kolonien. Die Negervolksstämme haben unseren tapferen Schutztrupplern treuen und ergebenen Beistand geleistet gegen eine gewaltige Übermacht. Ob wir hoffen dürfen, Deutsch-Ostafrika wiederzuerlangen, ist recht zweifelhaft. Erst kürzlich hat ein englischer Parlamentarier der konservativen Richtung erklärt, Ostafrika möge man dem Britischen Imperium einverleiben. Genug dessen, die deutsche Kulturarbeit hat in Ostafrika Großes geleistet. Davon zu berichten, sollen die folgenden Zeilen Kunde geben.

Von der überseeischen Irrenbehandlung ist hier und dort einmal in Fachblättern Mitteilung gemacht worden. Diese beschränkten sich aber im großen und ganzen auf Gebiete, die einen starken europäischen Einschlag haben. Davon soll hier nicht die Rede sein. Grobe Pionierarbeit, Fleiß und Schweiß und ein frommer Wille sind die Lebensgeister, welche im ostafrikanischen Busch eine Irrenanstalt erstehen ließen. 1895 war es, als eine Schar befreiter Sklavenkinder unter Führung des Diakons *Bockermann* in Lutindi (Westusambara) eintraf, um hier in einem schlichten Missionshaus zu tüchtigen Menschen erzogen zu werden. Heute bietet das ausgebaute Missionshaus Unterkunft und Pflege für Geisteskranke. Schon damals wußte man, daß es in der Kolonie Deutsch-Ostafrika farbige Geisteskranke gab. Vereinzelt begegnete man ihnen im Dschungel. Die Ärzte der Schutztruppe machten nicht selten auf diese armen Geschöpfe aufmerksam. Das Schicksal dieser Kranken war den Verhältnissen entsprechend schlecht. Die heidnischen Angehörigen hänselten

und plagten sie. Bei Tobsucht oder totalem Irrsinn band man sie mit Stricken und schlug in roher Weise auf sie ein. Wenn sich einer befreit hatte, so klemmte man ihm Hände und Füße in ein Stück Bohle von etwa 50 cm Länge und 30 cm Breite oder bediente sich der Sklavengabel von 2—3 m Länge, in die hinein der Kopf gespannt ward. Eine solche Gabel wog etwa 60 Pfund. Trat hiernach keine Besserung ein, so trachtete man danach, den Irren sich vom Halse zu schaffen. Man ließ ihn hungern, an abschüssigen Felswänden herumklettern. Nicht selten band man eine Frucht in der Baumkrone fest, die sich der Kranke selbst holen sollte, nachdem man den Baum vorher angeschlagen hatte, sodaß er bei dem Übergewicht umstürzen mußte.

1900 richtete der damalige Oberstabsarzt der Kolonie an die deutsche Regierung die Bitte, sich doch der Not der farbigen Geistesgestörten anzunehmen. Den Anlaß zur Gründung der Irrenanstalt in Lutindi gab ein Kranker, der wie ein gehetztes Tier im Urwald sein Leben fristete. Mit vieler Mühe gelang es dem Diakon *Bockermann*, das Vertrauen dieses Kabenga, wie er hieß, zu gewinnen, um für immer in Lutindi zu bleiben. Man teilte diesen Vorgang dem Pastor *Bodelschwingh* mit, der als Antwort gab: »Brüder macht schnell! Baut sofort ein kleines Irrenhaus.« Die deutsche Regierung begrüßte den Entschluß und versprach, diese Arbeit nach Möglichkeit zu unterstützen. Das erste kleine Asyl für afrikanische Geisteskranke wurde gebaut und am 1. November 1904 eröffnet. Kabenga und sein Mitgenosse Mabruki, der als kranker, geistesschwacher Mann obdachlos in der Nähe von Lutindi gefunden wurde, bezogen als erste das neue Irrenhaus. Mabruki war schwachsinnig. Ihn zur Arbeit anzuhalten, war nicht möglich. Immer lag er auf zusammengenagelten Petroleumskisten. Mit der Zeit besserte sich aber sein Zustand, und er stellte sich freiwillig zur Arbeit. Einen Geisteskranken, der nach schlimmen Tobsuchtsanfällen ganz blöde geworden war, pflegte er mit musterhafter Treue und Gewissenhaftigkeit, gab ihm sein Essen, badete ihn im Fluß und versorgte ihn ganz und gar. Das Pflegepersonal bestand aus einem Diakon und drei farbigen Helfern ohne jegliche Anweisung. Kurz nach der Eröffnung des kleinen Irrenhauses mehrte sich die Zahl der Kranken sichtlich, sodaß schon nach sechs Monaten das Haus mit sieben belegt war.

Es gab damals noch keine weitere Irrenanstalt in Zentralafrika, so daß man etwa praktische Erfahrungen austauschen konnte. Von Jahr zu Jahr stieg die Zahl der Kranken. 1904 hatte man mit 2 begonnen, 1905 waren es 7, 1906 20, 1907 gar 37, so daß an einen Erweiterungsbau gedacht werden mußte. Als die ersten Entlassungen an die Angehörigen erfolgen konnten, schwand

das Mißtrauen der Negerbevölkerung gänzlich, wodurch die Arbeit zu einer Wohltat für das ganze Land wurde. Nach folgenden zehn Jahren hatte man schon soviel Erfahrungen erworben, um den geisteskranken Negern, die an größte Freiheit und Ungebundenheit gewöhnt waren, diese zu gewähren. Man sah bald, daß die Arbeit im Freien die beste Medizin war. Auch die Unruhigen durften, soweit sie nicht eine direkte Gefahr für ihre Umgebung waren, in der gesunden Bergluft Usambaras arbeiten. Hatte sich der Zustand der Kranken gebessert, war ständige Aufsicht des Irrenhauses nicht mehr nötig, so wurden sie außerhalb der Räume der Leichtkranken verbracht, wo sie sich ziemlich frei, nur unter geringer Aufsicht, bewegen konnten. Manche von ihnen nahmen auch am Schulunterricht und an Gottesdiensten teil.

Anfang 1914 wurde die Anlegung einer zweiten Station beschlossen. Die Eröffnung verhinderte aber der Ausbruch des Weltkrieges. Die beiden Mithelfer *Schlomer* und *Nickel* begaben sich zur Schutztruppe. Der Bezirksamtmann *Köstlin* sorgte für die mögliche Weiterführung der Arbeit an den Geisteskranken. Viele farbige Krieger, welche durch die Gefechte und Entbehrungen geistesgestört wurden, wurden in Lutindi gepflegt, obwohl bei ihnen nur eine akute Störung der Gehirnfunktionen bestand, die durch die friedliche Umgebung des Irrenhauses bald behoben wurde. Am 14. Juni 1916 besetzten die englischen Truppen Usambara. Der Kommandant war erstaunt, als man ihn wissen ließ, daß es hier eine Irrenanstalt gibt, mitten im afrikanischen Busch. Missionar *Bockermann* wurde die weitere Obhut über die Geisteskranken belassen. Für die farbigen gemeingefährlichen Kranken wollte die englische Regierung die Kosten übernehmen, genau wie einst die deutsche getan hatte. Die leichteren Kranken aber sollten entlassen werden. Ende Oktober 1921 kam der neue Leiter der Irrenanstalt Lutindi, Mr. *Spittles* nebst Gattin. Er war lange Jahre in einer Londoner Geisteskrankenanstalt Oberpfleger gewesen und sollte nun hier weiter seine Kenntnisse den kranken Negern leihen. Am 16. März 1922 verließ dann der deutsche Missionar und Geisteskrankenpfleger *Bockermann* endgültig die deutsche Kulturstätte. Die Abschiedsfeierlichkeiten in Lutindi und Usambara möchte ich hier nicht besonders erwähnen, die Missionsannalen berichten aber von sehr schmerzlichen. Erst Ende Januar 1927 fragte das englische Medizinalamt aus Daressalam an, wann deutsche Geisteskrankenpfleger die Irrenanstalt in Lutindi wieder übernehmen könnten, was am 1. April 1927 geschah, durch den Einzug des Missionspflegers *Nickel*. Die Begrüßung war von kindlicher Freude begleitet. Das ehemalige deutsche Geisteskrankenfürsorgewerk in Afrika lag wieder in deutschen Händen. 78 Kranke beherbergten den altgewordenen

Bau, deren Zahl mit dem Jahre 1928 81 betrug. Das Frauenhaus war voll besetzt.

Am 1. November 1929 feierte man das 25jährige Bestehen der Irrenanstalt Lutindi. Von 1904—1927 sind 595 Geisteskranke hier aufgenommen worden. Vom 1. April 1927 wurden 8 Kranke eingewiesen, 2 entlassen, 3 starben, Pflegetage vom 1. 4.—31. 12. 1927 waren 21 883. Ambulant behandelt wurden in der Zeit vom April bis Dezember 1927 369 auswärtige Patienten. Des öfteren mußten Instandsetzungsarbeiten an dem Hause vorgenommen werden. Dieses sei nur nebenbei angeführt.

Die Malariafieberbehandlung der progressiven Paralyse scheint man bisher laut eines Missionsberichtes in der Irrenanstalt Lutindi noch nicht angewendet zu haben, denn die kranke Sundi starb kurz nach der Aufnahme an diesem Leiden. Dagegen wird die Arbeitstherapie viel geübt. Neue Felder wurden angelegt, auf denen Mais, Süßkartoffeln, Maniok und Bananen gezogen werden, und auf dem Kaffeefeld pflanzte man ungefähr 1 300 junge Kaffeebäumchen an. Etwa $^1/_6$ seiner Ernährung kann Lutindi selbst gewinnen. In den Werkstätten führt man Tischlerarbeiten aus, um altes Inventar zu erneuern; aber auch die Engländer lassen hier viele Gegenstände herstellen. Die Bekleidung der Pfleglinge besteht aus einer kurzen Hose und einer Jacke aus gelbem Kaki, die auf dem Rücken ein schwarzes Kreuz trägt, auf der Brust das Wort Lutindi, wahrscheinlich zu dem Zweck, um sie beim Entlaufen leichter wieder zu finden und auch vor Unbilden zu schützen.

1929 wurde die Geisteskrankenanstalt Lutindi von der englischen Mandatsbehörde durch drei Inspektoren geprüft. In ihrem Bericht heißt es: »Eine gründliche Besichtigung der Abteilungen, Hofräume und Handwerksstätten wurde vorgenommen. Wir bemerken, daß in der Küche neue Kochkessel aufgestellt worden sind. Der Eßraum ist während der letzten schweren Regenzeit eingefallen, aber der Leiter teilte uns mit, daß dieses Gebäude in der nächsten Zeit wieder errichtet werden würde. Alle Gebäude und Hofräume waren in befriedigendem Zustand. Geraume Zeit unterhielten wir uns auch mit den Kranken und beobachteten sie, sowohl die männlichen als auch die weiblichen. Sie alle scheinen gut versorgt und achtsam behandelt zu werden. Der Leiter scheint zur Behandlung der Geisteskranken sehr fähig zu sein. Alle Krankengemächer münden in den Hof. Wir betraten ihre Räume, die im dunklen Schatten des Abends lagen. Wie in allen Eingeborenen-Hütten beherrschte auch hier der Rauch die Gemächer. Ohne Rauch kann der Neger ja schlecht leben. Wie Schatten tauchten die Kranken in den Winkeln auf, um wieder im Zwielicht zu verschwinden. Unverständliche afrikanische Laute

drangen uns entgegen. In den Ecken standen oder hockten die Kranken, die einen laut und aufdringlich, die anderen ängstlich und stumm, allen aber konnte man ihre Zufriedenheit ansehen.«

Die Einweihung der neuen Eßhalle im Mai 1929 war ein Freudentag für die Bewohner. Sie bietet für 120 Menschen Platz. Tische und Bänke sind im Fußboden einzementiert, der Saal ist 5×12 m groß und nimmt die ganze hintere Front des Gebäudes ein. Vorn links ist die Medizinstube 4×4 m, rechts die Schneiderei, und Schuhmacherei auch 4 × 4 m und in der Mitte eine große offene Veranda 3 × 4 m. Durch einen breiten Eingang gelangt man von hier aus in den Speisesaal. Nicht jeder Kranke weiß, wie er mit Bank und Tisch umgehen soll. Da sitzt eine Frau auf dem Tisch mit ihrem Teller zwischen den Beinen. Unbekümmert wandert eine andere zwischen Tellern hindurch über die Tische. Dort verzichtet ein Mann auf allen Komfort Europas und hockt nach alter Weise irgendwo am Boden. Aber Zeit und Geduld haben auch hier Wandel geschaffen.

Am 27. 7. 1930 fand die Einweihung des neuerbauten Männerhauses statt. Kranke haben hier selbst ihr eigenes Heim errichtet, unter den primitivsten Verhältnissen, und so ist in Ostafrika eine Irrenfürsorge entstanden, die, wenn sie auch den europäischen Einrichtungen bei weitem nicht gleich zu setzen sein kann, so doch immerhin bewunderungswürdig ist. Im alten Haus waren die Schlafräume zugleich Aufenthaltsräume, da sonst kein Platz vorhanden war. Jetzt werden morgens die Schlafsäle, wenn sie sauber sind, geschlossen. In diesen stehen rechts und links an den Wänden Pritschen, die mit einem Gewebe aus Palmblattfasern bespannt sind, zwei Decken liegen sorgfältig darüber. Der große Flur und ein schöner Aufenthaltsraum stehen den Kranken tagsüber zur Verfügung. Bei günstigem Wetter gehen die meisten zur Arbeit nach draußen. Die Unruhigen und Schwachen haben zur Erholung einen Hof. Über die Einteilung des Hauses ist noch zu sagen: In dem einen Flügel sind zwei große Schlafsäle, einer mit 14, der andere mit 24 Betten. Daran schließt sich im rechten Winkel der Hauptflügel, der mehrere Einzelzimmer, ein schönes Krankenzimmer mit 4 Betten und zwei Einzelzimmer für sehr unruhige Kranke hat, an. Die letzteren beiden sind von unten bis oben mit Holz ausgekleidet. Daneben befinden sich 4 Zweibettenzimmer, dann kommt eine Badestube mit kaltem und heißem Wasser und daneben die Heizungsanlage mit Eingang von außen. Vor den Zimmern ist ein 22 m langer und 3 m breiter Flur. An das Hauptgebäude schließt sich westlich im rechten Winkel ein Flügel an. Hier gibt es einen großen Aufenthaltsraum und einen Schlafsaal mit 18 Betten. Diese Gebäude schließen einen großen Hof — den Boma — ein, der vorn mit einer 3 m hohen Mauer abgeschlossen ist.

Die Fürsorge, die die Bethelmission in der Irrenanstalt Lutindi den geisteskranken Negern angedeihen läßt, erfreut sich der vollen Anerkennung der englischen Mandatsbehörde. Der in Tanga stationierte Senior Medical Officer Dr. *Ivers* stattete 1932 der Anstalt einen Besuch ab. Vorher besorgte die allmonatliche Inspektion der Distriktarzt von Luschoto, den man aber aus Sparsamkeitsgründen seines Amtes enthob. Dr. *Ivers* war schon 20 Jahre an der Westküste von Afrika als Arzt tätig. Über den Besuch schreibt mir Diakon *Nickel:* »Die kranken Frauen waren gerade auf dem Hof mit Kaffeereinigen beschäftigt. Er staunte, daß alles so ruhig und friedlich zuging, nicht minder bei der Besichtigung von Medizinstube, Speisesaal, Tischlerei und Neubau des Männerhauses mit Badestube, großen, hellen Schlafräumen usw. Wie wunderschön ist alles, sagte er, eingerichtet, wie schön ist für alles gesorgt und wie gut sind die Kranken hier aufgehoben und versorgt. Er war ganz gerührt.« Pfleger *Nickel* gab dann noch auf gestellte Fragen zur Antwort, daß man alle Insassen als Kranke und als Menschen behandelt, daß alles Pflegepersonal christlich sei und daß nach Möglichkeit alle Kranken an den Gottesdiensten teilnehmen. In einer Randbemerkung seines Berichtes an die vorgesetzte Behörde schreibt Dr. *Ivers:* »I was impressed with the arrangement and the happiners of the patients.« Ähnlich drückte sich der Admistrative Officer vom Usambaradistrikt aus: »Every thing insplendid order. Patients all appear happy and contented.« 1934 befanden sich 120 Geisteskranke, 85 Männer und 35 Frauen, in der Irrenanstalt Lutindi, die von 32 farbigen Pflegern und Pflegerinnen betreut werden. Die meisten Kranken werden von der englischen Mandatsbehörde an die Anstalt überwiesen mit den verschiedensten Krankheitsvariationen. Außerdem befindet sich ein krimineller Geisteskranker, der einen Inder ermordet hat, in der Anstalt. Dieser wurde von der Mandatsregierung aus dem Gefängnis in Tanga überwiesen, da das Gericht annahm, daß er die Tat als Geistesgestörter verübt hat.

Wenn wir in der Geschichte der Irrenbehandlung die Errungenschaften nachlesen, so sollte man hierbei neben der Arbeit von Professor *Schweitzer* in Lambarene (Französisch. Gabun) vor allen Dingen die deutschen Pioniere für humane Versorgung der farbigen Geisteskranken in Lutindi — Missionspfleger *Bockermann* und *Nickel* — nicht vergessen. Warum haben andere Missionen nicht ähnliche Anstalten in Afrika gegründet? Ein Hauptgrund liegt wohl in der mangelnden Sprachkenntnis des Missionspersonals, ein anderer Grund in der Schwierigkeit dieser Spezialarbeit.

Zum Schluß meiner Ausführungen möchte ich noch einiges

über besondere Krankheitssymptome, die in Lutindi in Erscheinung treten, berichten. Im Vordergrund der Erkrankungen steht bei weitem die Dementia praecox in ihren verschiedenen Verlaufsformen. Katatonische Erscheinungen sind nicht selten. Daneben sind Patienten, die dauernd Botschaften aus einer anderen Welt bekommen, über die sie auf Befragen bereitwilligst Auskunft geben. Hierbei ist es zunächst die Gottheit, die in dem Seelenleben dieser Leute eine große Rolle spielt. Gott ist den Kranken erschienen, er gibt ihnen Befehle, auch größere Ideen, wie die von einem ehemaligen deutschen Askari, der den Weltkrieg mitgemacht hatte. Er lief dauernd aufgeputzt und auf das Sorgfältigste gekleidet, umher, und erklärte auf Befragen, daß er der Kaiser von Afrika und Deutschland sei. Dabei ist er völlig geordnet, gutwillig und zu jeder Arbeit zu gebrauchen. Man könnte ihn auch ohne Sorge mit komplizierten Aufgaben betrauen. Seltener sind die Fälle von Gewalttätigkeiten. Neben den Schizophrenen spielen die Epileptiker eine große Rolle. *W. Nickel* teilte mir mit, daß es bei einer Häufung der Anfälle fast stets durch mehrtägige Verabreichung von Brom leicht und rasch gelänge, die Krampfzustände seltener zu machen und dadurch ernstere Folgen zu vermeiden. Gegenüber diesen beiden bisher genannten Erkrankungen treten die anderen Krankheitsbilder an Häufigkeit erheblich zurück. Manisch-Depressive fehlen fast vollständig, nur bei einigen konnte man eventuell auf eine Melancholie oder eine Manie schließen. Eine sichere Diagnose ist unter den gegebenen Verhältnissen fast unmöglich, denn die Kranken gehören sehr zahlreichen Volksstämmen an mit verschiedenen Sprachen. Wir haben Inder, Araber, Abessinier, Somalis, Nubier, Neger aus dem inneren belg. Kongo, Watusi, Wahes, Masai, Leute von Rhodesien. Das Produzieren ihrer Wahnideen geschieht zumeist nur in ihrem Heimatdialekt. Selbstmorde sind seit dem Bestehen der Irrenanstalt nicht vorgekommen, wenn auch von einer melancholischen Frau berichtet wurde, die wegen einer Bauchverletzung, die sie sich selbst beigebracht hatte, ins Bumbuli-Hospital (Usambara) eingeliefert wurde. Ferner soll hier ein typischer Fall von schwerem Alkoholismus, der den Genuß von reichlichen Mengen reinen Whisky's zugab, erwähnt werden. Nach Dr. *Plehn* leiden die Neger bedeutend mehr unter dem Genuß des aus Europa importierten Schnapses, als des von ihnen selbst erzeugten Reis- oder Palmweines. Auch Altersdemenz, die bis zur Verblödung führt, mit und ohne gleichzeitige apoplektische Anfälle, ist eine selbstverständliche Beobachtung, wenn man sich einmal von der in Europa immer wieder ausgesprochenen Ansicht freimacht, daß der Neger kein hohes Lebensalter erreiche. Schwangerschaftspsychosen und angeborene Idiotie,



Abb. 1. Irrenanstalt — Lutindi (Usambara). Deutsch-Ostafrika.

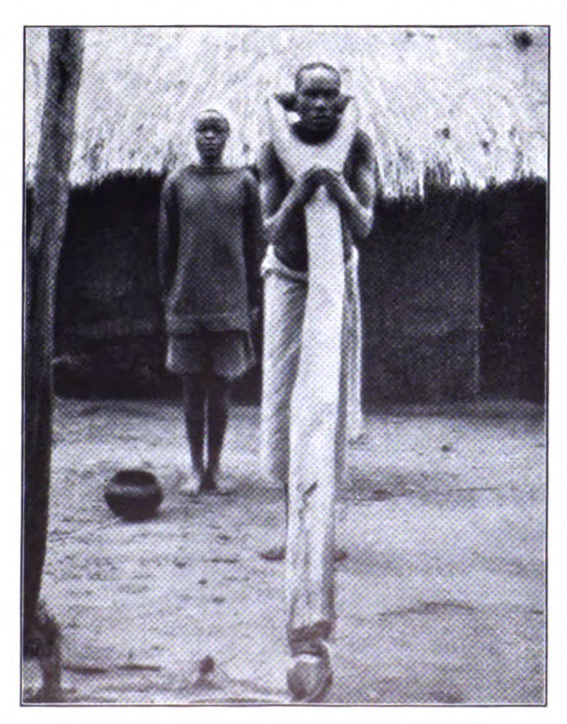


Abb. 2. Geisteskranker in Sklavengabel.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 102.
Zu „Richard Brachwitz, 30 Jahre Geisteskrankenbehandlung in **Deutsch-Ostafrika".**
Verlag von Walter de **Gruyter & Co., Berlin W 10.**



Abb. 3. Das neue Männerhaus der Anstalt Lutindi (Deutsch-Ostafrika).



Abb. 4. Die Boma, der feste Hof in der Irrenanstalt Lutindi.

einmal auch ein Fall von Mikrozephalie wurden in der Anstalt verpflegt. Weitere Krankheiten, die mehr die Grenzgebiete der Psychiatrie betreffen, wie Psychopathie, Neurasthenie und hysterische Reaktionen, fanden zeitweise Aufnahme. Zum Vorkommen und der Häufigkeit von Lues des Zentralnervensystems in der Anstalt Lutindi sei gesagt, daß hiervon kein Fall vorhanden ist. Dieses Seltensein kann man sich wohl damit erklären, daß die Lues in den meisten Teilen des Landes sehr wenig verbreitet ist. In Afrika beobachteten verschiedene Forscher *(Becker, Plehn* und *Gaerstner)* ganz unabhängig voneinander, daß die häufigste Geisteskrankheit der Neger Manie ist. Hingegen ist bei ihnen Paralyse äußerst selten trotz der enormen Syphilisseuche, die in den von Negern bewohnten Ländern herrscht. Ob die Ursache hiervon eine besondere Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegen Syphilis oder Psychosen und Neurosen, oder aber die durch das meteorologische Milieu hervorgerufene schnellere Entledigung des Syphilisvirus oder endlich die geringe physische und psychische Anstrengung, also der Aufbrauch des Nervensystems in *Edinger*s Sinne ist, ist unentschieden. Hysterie, besonders unter den Negerfrauen, ist ziemlich häufig, auch Epilepsie, doch wird letztere mehr als Neurose, denn als Psychose, erwähnt. Daß Geisteskrankheiten und psychische Störungen in tropischen Ländern und bei fremden Rassen nicht selten und daß auch dort die verschiedensten Krankheitsbilder anzutreffen sind, wie in den europäischen Heilanstalten, dürfte mit vorliegenden Ausführungen dargestellt sein. Leider weisen die Behandlungsmethoden noch manche Mängel auf, was aber wohl die geringen Mittel und Einrichtungen als Ursache haben mag. Ostafrika hat zwei Irrenanstalten: Lutindi und die Anstalt der Mandatsregierung in Dodoma, welche vor einigen Jahren eröffnet wurde. Bei den bescheidenen Mitteln, die hier zur Verfügung stehen, können natürlich keine ausgedehnten Behandlungsmaßnahmen getroffen werden, und diese müssen sich auf das Notwendigste beschränken. Trotzdem ist dieses Geisteskranken-Fürsorgewerk es wert, daß man seiner 30jährigen Wirksamkeit gedenkt und ihm in der Geschichte der Geisteskrankenbehandlung einen würdigen Platz gibt. Unermüdlicher Fleiß und Liebe ließen dieses deutsche Kulturgut werden und gedeihen.

Personalia.

Nekrolog *Bratz:* Am 14. IV. 1934 verstarb der Direktor i. R. der Wittenauer Heilstätten San.-Rat Dr. *Emil Bratz* in Berlin im 67. Lebensjahr an einem Sarkom. Der rasche Tod des bis zu der am 1. IX. 1933 nach erreichter Altersgrenze erfolgten Pensionierung stets rüstigen, jugendlich frischen und aktiven Menschen ist vielen seiner Freunde und Fachkollegen völlig unerwartet gekommen.

Emil Bratz wurde am 24. III. 1868 in Stolp i. Pommern geboren. Nach Besuch der Gymnasien in Dramburg und im Grauen Kloster in Berlin studierte er in Heidelberg, Würzburg, Berlin und Kiel Medizin. Einjährig diente er in Leipzig und Stettin. Schon damals setzte er sich ohne Schonung seiner Persönlichkeit ein bei ärztlicher Tätigkeit in einem Choleralazarett und bei der Rettung zweier Menschenleben, wofür ihm die Rettungsmedaille am Bande verliehen wurde. Nach der 1891 erfolgten Approbation und Promotion wandte er sich sofort der Psychiatrie zu, war von 1892—94 Assistenzarzt in Roda unter *Ad. Meyer,* und schon seit 1894 — also durch nahezu 40 Jahre — finden wir ihn als Psychiater in den Diensten der Stadt Berlin. Zunächst war er Assistent an der städtischen Epileptikeranstalt Wuhlgarten, wo er 1910 zum Oberarzt befördert wurde und als solcher noch bis 1920 blieb. 1920 wurde er dirigierender Arzt und 1923 Direktor der Anstalt Dalldorf, die er in den nächsten Jahren zu den jetzigen Wittenauer Heilstätten ausbaute. Unterbrochen wurde diese — für frühere Jahre typische — Laufbahn des Anstaltspsychiaters nur im Kriege, wo *Bratz* zeitweilig als Stationsarzt der Nervenstation des Garn.-Lazaretts I in Berlin, dann als psychiatrischer Fachbeirat beim 3. Armeekorps im KK. Hauptquartier und auf dem südöstlichen Kriegsschauplatz war.

Diesen schlichten äußeren Lebensgang verstand *Bratz* nun durch weitgespannte Interessen, durch den stets regen und offenen Blick des forschenden und helfenden Arztes auszuweiten zu einer durchaus fruchtbaren wissenschaftlichen und sozialärztlichen Wirksamkeit, von der seine zahlreichen Veröffentlichungen Zeugnis ablegen. Das Epileptikermaterial in Wuhlgarten regte ihn zu seinen Arbeiten über die Ammonshornsklerose an, die sich bekanntlich als recht fördernd für das Verständnis gefäßabhängiger Veränderungen im Gehirn erwiesen haben. Die von ihm später oft geschilderte damalige Unklarheit in der Abgrenzung hysterischer Reaktionen von epileptischen Anfällen führte ihn zu der Heraushebung der affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Auch die Vererbung der Geisteskrankheiten zog er sehr bald in den Bereich seiner Untersuchungen, und als einer der ersten machte er 1910 den Versuch, bestimmte »Vererbungskreise« aufzuzeigen, wobei er in denjenigen der Epilepsie auch andersartige Entwicklungsstörungen des Gehirns und anderer Organe mit einbezog; ein Gedanke, der

damals noch durchaus neuartig war und, wie die Diskussion zu seinem Vortrage zeigt, gegenüber der vorherrschenden Meinung einer völligen Polyphänie der »Degeneration« nur schwer durchdrang. Grade dieses forschende Vorstoßen auf neue Gebiete wissenschaftlicher Arbeit war für *Bratz* überaus charakteristisch; er sah die Probleme und Aufgaben, wenn sie noch gewissermaßen in der Luft lagen, und ging sie, unbekümmert um die Zweifel anderer, an. Schon früh vertrat er die eugenischen Gedanken und setzte sich für die Sterilisierung Erbkranker ein. Die Malariatherapie der progressiven Paralyse führte er 1922 — als erster in Berlin — in Dalldorf ein, wo sie dann von *Schulze* sorgfältig ausgebaut wurde. Immer rege war er im Kampf gegen den Alkoholismus — ohne übrigens selbst völlig abstinent zu sein. Seine zahlreichen Arbeiten und seine praktische Wirksamkeit in der Fürsorge für Alkoholkranke sind bekannt, sein lebendiges Bonner Referat auf der Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1932 über die rechtlichen und sozialen Beziehungen des Alkoholismus und seine Behandlung ist noch allen in Erinnerung. Eine Reihe von Veröffentlichungen ist aus seiner umfangreichen Gutachtertätigkeit erwachsen. Dem »Kampf gegen die Rentenneurose« schloß *Bratz* sich dabei bald an. Daneben war er in den letzten 10 Jahren mit Leib und Seele Anstaltsdirektor. Er hat zwar oft darüber geklagt, daß ihn sein Amt seinen wissenschaftlichen Interessen entfremde, doch bewies sein ständiges Pläneschmieden und Organisieren, wie sehr ihm gerade die verwaltungstechnische Tätigkeit lag. Er wollte den psychiatrischen Anstalten das Odium der Verwahrungshäuser nehmen zum Wohle der Kranken, griff jeden therapeutischen Gedanken auf, zog die Nervenkrankheiten, leichtere Psychopathien und Neurosen in den Bereich auch des Anstaltspsychiaters. Für seine Anstalt sprengte er den Rahmen einer geschlossenen Anstalt, aus Dalldorf wurden die Wittenauer Heilstätten mit der offenen Nervenklinik Wiesengrund, dem Abstinenzsanatorium. Alles das fiel ihm nicht in den Schoß, er mußte für jede Neuerung, für jede Summe, die er für seine Kranken haben wollte, kämpfen mit den Widerständen einer überbürokratisierten Stadtverwaltung mit Linksmehrheit. Darin aber war er Meister. Nichts schaffte ihm mehr Befriedigung, als wenn er kommunistische Stadträte zunächst mit Aussicht auf ein Bild Bismarcks plaziert und dann dennoch ihre Zustimmung zu seinen Plänen (die er unter den parlamentarischen Gepflogenheiten brauchte) erreicht hatte. Innerlich hat *Bratz* nie mit ihnen paktiert. Bei jeder Gelegenheit setzte er sich ein für die Bedeutung der Psychiatrie für die Volksgesundheit, eine notwendige Feststellung, die ja auch heute durchaus noch nicht gegenstandslos geworden ist. Mit der von ihm so genannten »gestaffelten« Fürsorge wollte er die Erbkranken, die Asozialen, aber auch die Paralytiker im frühesten Erkrankungsstadium erfassen, die letzteren zur Hebung der therapeutischen Auswirkungen der Malariabehandlung. Er regte Reihenuntersuchungen (insbesondere der Pupillen) in Betrieben zur Erfassung solcher Frühfälle an; ein Gedanke, der zurzeit noch weiter verfolgt wird. Selbst die Etatseinschränkungen unter dem Zwange der Wirtschaftskrise seit 1931 ließen ihn keineswegs resignieren, wie die von dem Deutschen Verein für Psychiatrie mit dem ersten Preis bedachte Arbeit »Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?« beweist. Auch hier ließ er sich nicht von engen fiskalischen Gesichtspunkten leiten, sondern von der Sorge um seine Kranken und legte klar, daß u. a. nur ein wohlausgebildeter, wissenschaftlich interes-

sierter, seinem Berufe hingegebener Stab von Ärzten in der Lage ist, die Psychiatrie den Forderungen des Volksganzen dienstbar zu machen. Dieser Einstellung entsprach auch seine ständige Sorge um geeigneten psychiatrischen Nachwuchs, der ja besonders zur Durchsetzung der eugenischen Forderungen des Staates so unbedingt notwendig ist.

So hat *Bratz* eine Lebensarbeit geleistet, die ihn über die Grenzen Deutschlands hinaus bekannt und geschätzt sein ließ. Und wir Psychiater schulden ihm für sein ständiges Eintreten für unseren Beruf, für die Notwendigkeit unseres Wirkens besonderen Dank.

Verzeichnis der Arbeiten von *Bratz*.

1897 Zur Opium-Brombehandlung der Epilepsie nach Flechsig. Allg. Z. Psychiatr. *54*, 208. — Zur pathologischen Anatomie der Epilepsie. Arends & Moßner, Berlin 1897.

1899 Alkohol und Epilepsie. Allg. Z. Psychiatr. *56*, 334. — Über das Ammonshorn bei Epileptischen und Paralytikern. Allg. Z. Psychiatr. *56*, 841 (Sitzg.ber.). — Ammonshornbefunde bei Epileptischen. Arch. f. Psychiatr. *31*, 820.

1900 Hereditäre Lues und Epilepsie. (Zus. mit *Lüth*.) Arch. f. Psychiatr. *33*, 621. — Ein Rückblick aus Anlaß der Einweihung der Trinkerheilanstalt des Vereins am 13. 7. 1900. (Der Bezirksverein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Berlin u. Umgegend, E. V.).

1901 Darf eine Trinkerheilanstalt einen Trunksüchtigen kraft Auftrages des Vormundes festhalten? Psychiatr.-neur. Wschr. *1901*, 149. — Epileptiker-Anstalt oder Nervenheilstätte? Psychiatr.-neur. Wschr. *1901*, 279. — Veröffentlichungen über Epilepsie und Epileptikerfürsorge. Mschr. Psychiatr. *9*, 43 u. 144. — Die Rolle der Autointoxikation in der Epilepsie. (Zus. mit *Hebold*.) Allg. Z. Psychiatr. *58*, 737.

1903 Ein wichtiges Moment in der Entwicklung der Fürsorge für Trunksüchtige. Psychiatr.-neur. Wschr. *1903*, 495. — Die Krankenkassen im Kampf gegen den Alkoholismus. Psychiatr.-neur. Wschr. *1903*, 23.

1904 Hysterie und Epilepsie. (Zus. mit *Falkenberg*.) Arch. f. Psychiatr. *38*, 500.

1906 Epilepsie mit Halbseitenerscheinungen. (Zus. mit *Leubuscher*.) Neur. Cbl. *1906*, 738. — Optikusatrophie und Chorioretinitis nach elektrischem Schlag. Auslösung bzw. Verschlimmerung von Epilepsie. Ärztl. Sachverst.ztg. *1906*, Nr. 3.

1907 Die Affektepilepsie, eine klinisch von der echten Epilepsie abtrennbare Gruppe. (Zus. mit *Leubuscher*.) Dtsch. med. Wschr. *1907*, Nr. 15. — Das Krankheitsbild der Affektepilepsie. Ärztl. Sachverst.ztg. *1907*, Nr. 6.

1908 Zur Ätiologie der Epilepsie. Neur. Cbl. *1908*, 1063. — Referat über: »Konrad Ferdinand Meyer. Eine pathographisch-psychologische Studie« von *Sadger*-Wien. Psychiatr.-neur. Wschr. *1908*, 301.

1909 Über neuere Behandlungsmethoden der Epilepsie. (Zus. mit *Schlokkow*.) Dtsch. med. Wschr. *1909*, Nr. 27.

1910 Über Vererbung. Neur. Cbl. *1910*, 101 (Sitzg.ber.) — Führer durch das psychiatrische Berlin. Norddeutsche Verlagsanstalt Berlin.

1911 Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Mschr. Psychiatr. *29*, 45 u. 162.

1912 Was kann Erziehung gegen ererbte Anlagen erreichen? Z. Schulg.pfl. *1912*, 510. — Simulation von »Anfällen« durch einen psychopathischen Fürsorgezögling. Mschr. Kriminalpsychol. *7*, 416.

1919 Die Anstaltsbeobachtung zur Prüfung zweifelhafter Geisteszustände, insbesondere nach § 81 der Strafprozeßordnung. Allg. Z. Psychiatr. *75*, 432.

1920 Kürze in wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Psychiatr.-neur. Wschr. *1920*, 23. — Nervenabteilungen an den öffentlichen Irrenanstalten. Neur. Cbl. *1920*, 221. — Das Ammonshorn bei Epileptischen, Paralytikern, Senildementen und anderen Hirnkranken. Mschr. Psychiatr. *47*, 56.

1922 Über Ammonshornsklerose. (Zus. mit *Großmann.*) Z. Neur. *81*, 45.

1923 Behandlung der progressiven Paralyse durch Malariaimpfung. Z. ärztl. Fortbildung *1923*, 164.

1924 Fürsorge für Alkoholkranke. Z. ärztl. Fortbildung *1924*, 565. — Über traumatische Neurosen. Obergutachten. Ärztl. Sachverst.ztg. *1924*, 121. — Obergutachten über die Frage der Dienstbeschädigung bei Paralyse. Entsch. d. R.V.G. *3*, 285. — Obergutachten über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Jugendirresein (Dementia praecox, Schizophrenie) und dem Militärdienst. Entsch. d. R.V.G. *3*, 293. — Die Begutachtung psychogener Zustände. Ärztl. Sachverst.ztg. *1924*, 171.

1925 Offene Fürsorge für Nerven- und Geisteskranke als Planwirtschaft. Sonderabdruck aus »Wege und Ziele der Gesundheitsfürsorge usw.«, hrsg. v. Rott, Berlin. — Gegenwartsfragen der sozialen Psychiatrie. Z. Schulg.pfl. *1925*, 253.

1926 Obergutachten über die Frage der Dienstbeschädigung bei Epilepsie. Entsch. d. R.V.G. *5*, 290. — Die offene Fürsorge für Seelisch-Abnorme und Nervöse in Berlin und Paris. Dtsch. Z. öff. Ges.pfl. *1926*, 127.

1927 Aufnahme nichtgeisteskranker Personen in die Heil- und Pflegeanstalten. (Zus. mit *Thode.*) Dtsch. Z. Wohlf.pfl. *1927*, Nr. 10. — Fürsorge für Nervöse und Seelisch-Abnorme. Ein Rückblick und Ausblick. Mschr. Psychiatr. *63*, 359. — Die Durchführung der Sicherungsmaßnahmen für Gemindert-Zurechnungsfähige. Psychiatr.-neur. Wschr. *1927*, 71.

1928 Das Abstinenzsanatorium der Wittenauer Heilstätten. (Rauschgiftsüchtigen-Abteilung.) Psychiatr.-neur. Wschr. *1928*, 245. — »Auslösung« der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins durch äußere Einflüsse. Psychiatr.-neur. Wschr. *1928*, 387. — Neue Einrichtungen und neue Ziele der Trinkerbehandlung. Dtsch. Z. Wohlf.-pfl. *1928*, Nr. 4. — Das Abstinenzsanatorium im Rahmen des psychiatrischen Staffelsystems. Z. psych. Hyg. *1*, 143. — Gestaffelte Fürsorge für Nervöse und Seelisch-Abnorme und das künftige Straf- und Strafvollzugsgesetz. Mschr. Psychiatr. *68*, 102.

1929 Die rechtlichen Grundlagen für die Anstaltsbehandlung der Süchtigen, besonders der Trinker. (Zus. mit *Ebermayer.*) Ärztl. Sachverst.ztg. *1929*, 175. — Hat sich die Malariabehandlung bei Paralyse und Tabes

bewährt? Z. ärztl. Fortbildung *1929*, Nr. 17. — Richtlinien über die Mitwirkung der Heil- und Pflegeanstalten bei der Trinkerfürsorge. (Zus. mit *Roemer* u. *Thode*.) Z. psych. Hyg. *2*, 80. — 50 Jahre Dalldorf. Allg. Z. Psychiatr. *92*, 1.

1930 Ist der Subokzipitalstich der Lumbalpunktion vorzuziehen, wie wird er gemacht? Z. ärztl. Fortbildung 1930, Nr. 5[1]).

1931 Wann ist die Verschreibung von Opiaten ärztlich begründet? (Antwort auf eine Umfrage.) Dtsch. med. Wschr. *1931*, 180. — Kann der Praktiker eine Morphiumentziehungskur durchführen? Z. ärztl. Fortbildung *1931*, Nr. 5. — Einheitliche Erfolgsstatistik in der Alkoholikerbehandlung. Dtsch. med. Wschr. *1931*, 1067. — Fürsorge für Nervöse und Seelisch-Abnorme. (Sammelreferat.) Zbl. Neur. *62*, 401.

1932 Fürsorge für Nervöse und Seelisch-Abnorme. Soziale Neuro-Psychiatrie. In: Jb. Krk.hauswes. I, Tl. 1. — Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie? Allg. Z. Psychiatr. *98*, 1. — Rechtliche und soziale Beziehungen des Alkoholismus und seine Behandlung. Zbl. Neur. *64*, 253 und Internat. Z. Alkoholism. *1932*, 259.

Panse-Berlin-Wittenau.

Nekrolog *Karl Römer*-Hirsau: Am 17. Juni 1934 ist Sanitätsrat Dr. *Karl Römer* in Hirsau an Sepsis im 68. Lebensjahre gestorben. Nach Vollendung seines Studiums in Tübingen war er zunächst dort Assistenzarzt an der inneren Klinik unter *Liebermeister*, dann an der Privatirrenanstalt in Kennenburg unter *Landerer*, an der hessischen Landesirrenanstalt Heppenheim unter *Ludwig*, am städtischen Krankenhaus Bad Cannstatt unter *Veiel*. Im Jahre 1894 ließ er sich in Bad Cannstatt als Arzt nieder und gründete im Jahre 1900 in Hirsau im württembergischen Schwarzwald ein Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten. Dank seiner vorzüglichen Eigenschaften als Arzt wie als Mensch hat er diese seine Gründung in kurzer Zeit zu großem Ansehen gebracht. Seiner persönlichen Veranlagung nach hat sich *Römer* klinisch vorzugsweise therapeutischen Fragen zugewandt, zunächst den Psychoneurosen. Bereits im Jahre 1911 schrieb er in der Münchner medizinischen Wochenschrift Nr. 30 über »Die Heilungsaussichten der Psychoneurosen«; dann »Beiträge zur Behandlung der Psychoneurosen«, Klinische Wochenschrift, Jahrgang 3 Nr. 9; »Zur Kenntnis der Gefahren in der Behandlung der Psychoneurosen«, Deutsche mediz. Wochenschrift 1924, Nr. 33; »Gefahren in der Behandlung der Psychoneurosen«, Deutsche mediz. Wochenschrift 1925, Nr. 34; »Psychokatharsis und Psychoanalyse.« Vortrag. Oehlschlägersche Buchdruckerei Calw; »Die Behandlung des Morfinismus«, Klinische Wochenschrift, Jahrgang 4 Nr. 8; »Das Asthma und seine Behandlung«, Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. 155, Heft 5/6.

---

[1]) Ebenfalls 1930 erschien als Ergänzungsheft der Allg. Zeitschr. f. Psych. 92. Band im Verlag von Walter de Gruyter-Berlin: **Humor in der Neurologie und Psychiatrie**, gesammelt von den Fachärzten des Deutschen Sprachgebiets, ausgewählt von Dr. *Bratz*, Direktor der Wittenauer Heilstätten.

Wie bereits aus den Überschriften seiner Veröffentlichungen hervorgeht, hat *Römer* diesen Behandlungsmethoden gegenüber eine vorsichtig abwägende Stellung eingenommen mit auslesender Anpassung an die Bedürfnisse des einzelnen Falles. Er kam für seine Tätigkeit zu der von ihm als klinisch-analytisch bezeichneten Methode, die darin besteht, in eingehender Exploration die Wesensart und die Zusammenhänge der Komplexe des Kranken kennenzulernen, um ihn in weiterer Psychotherapie für seine Lebensaufgabe zu ertüchtigen. Im Jahre 1924 begann *Römer,* angeregt durch die Veröffentlichung *Bremer*s über die Unterempfindlichkeit der Enzephalitiker gegen Atropin, Enzephalitiker so lange mit langsam steigenden Atropindosen zu behandeln, bis keine Besserung mehr erzielt werden konnte, oder die Grenze der Gewöhnungsfähigkeit erreicht war. Bemüht, die Behandlung auch armen Enzephalitikern zugänglich zu machen, wußte *Römer* zuerst die württembergische Landesversicherungsanstalt für dieselbe zu interessieren. So war es ihm möglich, Erfahrungen im großen zu sammeln und durch systematische Untersuchungen, zum Teil in Zusammenarbeit mit dem pharmakologischen Institut Tübingen, die Wirkungen des Atropins auf die übrigen Organe zu studieren. 1930 hat *Römer* in der Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie Bd. 132, Heft 5, die Ergebnisse dieser Arbeit in »Die Atropinbehandlung der enzephalitischen Folgezustände« niedergelegt. Weitere Veröffentlichungen über diesen Gegenstand sind: »Die Atropinbehandlung des Parkinsonismus«, Mediz. Welt 1932, Nr. 32; »Die Behandlung des postenzephalitischen Parkinsonismus«, Münchner mediz. Wochenschrift 1933, Jubiläumsausgabe, S. 24; »Die Bedeutung des Parkinsonismus für die Volksgesundheit«, württ. mediz. Korrespondenzblatt 1933 Nr. 23.

Die Behandlungsmethode des Parkinsonismus durch *Römer* ist dank ihres Erfolges weit über die Grenzen unseres deutschen Vaterlandes hinausgedrungen, sie beginnt bereits über alle Kontinente sich zu verbreiten.

Römer war Gründer und bis zu seinem Tode Vorsitzender des Vereins der ärztlichen Leiter württembergischer Privatheilanstalten e. V., zugleich Vorstandsmitglied des Verbands deutscher ärztlicher Heilanstaltsbesitzer und -Leiter. Er war Wegbereiter für die Belange seiner engeren Fachkollegen und hat sich deren dauernde Dankbarkeit gesichert.

R. Krauss, Kennenburg.

Ernannt Professor Dr. *Kläsi* zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldau (Kanton Bern),

Provinzialobermedizinalrat Dr. *Lüddecke*-Hamburg zum Direktor der Provinzialheilanstalt Treptow a. d. R.,

Dr. *W. Kaldeway*-Hildesheim zum Direktor der Provinzialheilanstalt Eickelborn (Kr. Soest),

Prof. Dr. *Meggendorfer*-Hamburg zum Direktor der psychiatrischen Klinik und Professor der Psychiatrie und Neurologie an der Universität Erlangen,

Dir. Dr. *Einsle*-Katzenberg zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen,

Dr. *L. Schönmehl*-Goddelau (Hessen) zum Medizinalrat und Anstaltsarzt der Landesheil- und Pflegeanstalt Philippshospital,

Professor Dr. *Pette*-Hamburg zum Leiter der neurologischen Klinik der Universität Hamburg,

die Privatdozenten f. Psychiatrie und Neurologie Dr. *Pohlisch*-Berlin und Dr. *E. Braun*-Kiel zu a. o. Professoren,

Regierungsmedizinalrat Dr. *Lange*-Chemnitz-Altendorf zum Stellvertreter des Direktors und Oberregierungsmedizinalrat,

Assistenzarzt Dr. *Suckow*-Leipzig-Dösen zum Regierungsmedizinalrat,

Hilfsarzt Dr. *Fehlhaber*-Chemnitz-Altendorf zum Regierungsmedizinalrat,

Hilfsarzt Dr. *Kunis*-Landesanstalt Hubertusburg zum Regierungsmedizinalarzt,

Assistenzarzt Dr. *Henke*-Wuhlgarten (Berlin-Biesdorf) zum Oberarzt und

Hilfsarzt Dr. *Balthasar* ebendaselbst zum Assistenzarzt.

Versetzt wurde Oberarzt Dr. *Plank*-Günzburg an die Heil- und Pflegeanstalt Regensburg,

Oberarzt *Burdach* von Kortau nach Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Riesenburg,

Regierungsmedizinalrat Dr. *Francke*-Großschweidnitz nach Landesanstalt Untergöltzsch,

Regierungsmedizinalrat Dr. *Weise*-Leipzig-Dösen zur Landesanstalt Zschadraß und

Hilfsarzt Dr. *Störring* von Arnsdorf (Sa.) nach Pirna-Sonnenstein.

Prof. *Schaffer*, Ordinarius f. Psychiatrie u. Neurologie an der Universität Pest und Leiter des Pester Hirnforschungsinstituts, feierte seinen 70. Geburtstag.

Geh. Medizinalrat Dr. *Fr. Siemens*-Stolp feierte am 12. August 1934 sein 60jähriges Doktorjubiläum.

Statistik.

Irrenstatistik des Deutschen Vereins für Psychiatrie für das Jahr 1932.

Da das Reich aus Mangel an Mitteln die Irrenstatistik bis auf weiteres nicht mehr bearbeiten läßt, diese Statistik aber doch von Wert ist, hat der Deutsche Verein für Psychiatrie beschlossen, ihre Weiterführung in die Hand zu nehmen.

Es sollen dabei die wichtigsten Angaben verlangt werden: Die Diagnosen nach dem neuen Diagnosenschema, wie es der Deutsche Verein für Psychiatrie voriges Jahr in Würzburg angenommen hat, unter Zählung des Bestandes, der Zuführungen, Entlassungen und Todesfälle.

Für das erste in Frage kommende Jahr, für 1932, konnten allerdings nicht alle Kliniken und Anstalten die Diagnosenzählung mehr durchführen. Man mußte sich daher für das Jahr 1932 mit einer unvollständigen statistischen Übersicht begnügen. Es liegen von 206 Anstalten (123 staatlichen, 15 städtischen, 19 Universitätskliniken, 49 Privatanstalten) statistische Angaben vor. Die Mehrzahl dieser Anstalten hat auch für 1932 Diagnosen angegeben.

Von Privatanstalten und charitativen Anstalten, welche im Verzeichnis der Heil- und Pflegeanstalten, 1929 herausgegeben von G. Ilberg, aufgeführt sind, fehlen 72; ferner 4 Universitätskliniken, 8 staatliche, 13 städtische Anstalten.

Gesamtzahl der Kranken in den angeführten Anstalten[1]):

	Anfangsbestand 1932			Zugang 1932		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Landesanstalten, Privat- u. charitative Anstalten	58327	60891	119218	22624	21334	43958
Psychiatrische bzw. Nervenkliniken u. städt. Abteilungen	5573	5334	10907	23759	16264	40023
Zusammen:	63900	66225	130125	46383	37598	83981

	Abgang			darunter durch Tod			Endbestand		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Landes-, Privat- u. charitat. Anst. ..	22181	20487	42668	3403	4093	7496	58770	61738	120508
Psychiatrische bzw. Nervenkliniken u. städt. Abt.	23714	16293	40007	1058	1117	2175	5618	5305	10923
	45895	36780	82675	4461	5210	9671	64388	67043	131431

[1]) Da nicht alle diese Anstalten genaue und lückenlose Angaben gesandt haben, ergaben sich einzelne Differenzen (vergl. S. 359).

A. Landesanstalten, Privat- und charitative Anstalten Deutschlands.

Krankheitsformen	Bestand am 1. 1. 1932			Zugang insgesamt			Abgang insgesamt			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1932		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1. Angeborene u. früh erworbene Schwachsinnszustände (Idiotie u. Imbezillität):															
a) ohne nachweisbare Ursache .	10669	8894	19563	1465	1299	2764	1838	1548	3386	198	219	417	10296	8645	18941
b) infolge von nachgewiesenen Gehirnschädigungen	1589	1099	2688	234	150	384	240	154	394	56	34	90	1583	1095	2678
c) Kretinismus	112	176	288	19	10	29	8	12	20	1	4	5	123	174	297
2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung):															
a) akute traumatische Psychosen (Kommotionspsychosen)	41	21	62	74	18	92	70	20	90	7	1	8	45	19	64
b) traumatische Folgezustände (epileptische Wesensveränderung usw.)	254	59	313	203	23	226	195	32	227	10	2	12	262	50	312
3. Progressive Paralyse	2755	1160	3915	2255	1013	3268	2044	955	2999	603	299	902	2966	1218	4184
4. Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes	314	208	522	205	147	352	211	140	351	39	26	65	308	215	523
5. Encephalitis epidemica........	582	423	1005	208	149	357	215	143	358	27	31	58	575	429	1004
6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters:															
a) arteriosklerotische Formen (einschl. d. genuinen Hypertonie)	774	849	1623	821	581	1402	830	604	1434	314	298	612	765	826	1591

b) präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder)	400	1034	1434	300	708	1008	250	567	817	48	145	193	450	1175	1625
c) senile Formen	1069	1918	2987	567	1020	1587	657	1172	1829	375	612	987	979	1766	2745
d) andere Formen (Alzheimer, Pick usw.)	38	68	106	42	55	97	29	56	85	18	25	43	51	67	118
7. Huntingtonsche Chorea	57	75	132	41	42	83	32	38	70	15	11	26	66	79	145
8. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (Tumor, multiple Sklerose usw.)	186	217	403	101	95	196	129	94	223	42	37	79	158	218	376
9. Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien (»symptomatische Psychosen« im engeren Sinne):															
a) bei Infektionskrankheiten (einschl. Chorea minor) ...	52	60	112	59	113	172	52	93	145	16	24	40	59	80	139
b) bei Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Kachexien (Erkrankungen der Kreislauforgane, Intestinalerkrankungen, Diabetes, Uraemie und Eklampsie, Anämien, Karzinose, Pellagra usw.)	30	34	64	62	114	176	60	110	170	12	42	54	32	38	70
c) bei Basedow, Myxoedem, Tetanie u. anderen endokrinen Erkrankungen	41	112	153	7	72	79	7	49	56	2	5	7	41	135	176
d) symptomatische Psychosen im Puerperium und während der Laktation	—	7	7	—	22	22	—	17	17	—	4	4	—	12	12
Zusammen:	18963	16414	35377	6663	5631	12294	6867	5804	12671	1783	1819	3602	18759	16241	35000

Krankheitsformen	Bestand am 1. 1. 1932			Zugang insgesamt			Abgang insgesamt			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1932		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Übertrag:	18963	16414	35377	6663	5631	12294	6867	5804	12671	1783	1819	3602	18759	16241	35000
10. Alkoholismus:															
a) Rauschzustände	100	8	108	232	20	252	255	22	277	3	—	3	77	6	83
b) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.)	1113	130	1243	1334	75	1409	1459	81	1540	48	6	54	988	124	1112
c) Delirium tremens u. Halluzinose	77	5	82	81	13	94	88	8	96	9	1	10	70	10	80
d) Korssakowsche Psychose (Polioencephalitis haemorrhagica)	63	14	77	15	8	23	19	8	27	7	—	7	59	14	73
11. Suchten (Morphinismus, Kokainismus usw.)	63	69	132	212	98	310	193	106	299	7	3	10	82	61	143
12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd usw.	12	7	19	9	7	16	19	11	30	1	1	2	2	3	5
13. a) Epilepsie ohne nachweisbare Ursache	5799	4936	10735	1217	940	2157	1320	939	2259	290	248	538	5696	4937	10633
b) symptomatische Epilepsie (soweit nicht in einer anderen Gruppe aufzuführen)	269	209	478	43	20	63	40	24	64	11	5	16	272	205	477
14. Schizophrener Formenkreis	21983	26946	48929	5444	7451	12895	4958	7002	11960	588	1101	1689	22469	27395	49864
15. Manisch-depressiver Formenkreis:															
a) manische und depressive Phasen	1420	2626	4046	902	2066	2968	897	2022	2919	74	204	278	1425	2670	4095

b) hyperthyme, dysthyme und zyklothyme Konstitution ...	169	240	409	90	157	247	114	153	267	9	10	19	145	244	389
16. Psychopathische Persönlichkeiten	1194	1453	2647	1521	878	2399	1571	924	2495	30	26	56	1144	1407	2551
17. Abnorme Reaktionen:															
a) paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen (Querulantenwahn u. ä.) ...	621	567	1188	194	177	371	200	186	386	15	22	37	615	558	1173
b) depressive Reaktionen, welche nicht unter 15 a fallen	109	113	222	189	286	475	190	248	438	7	9	16	108	151	259
c) Haftreaktionen	110	25	135	138	25	163	139	20	159	—	—	—	109	30	139
d) Rentenneurose	22	—	22	117	11	128	123	7	130	—	—	—	16	4	20
e) andere psychogene Reaktionen	76	148	224	147	170	317	144	164	308	6	6	12	79	154	233
f) induziertes Irresein	4	1	5	5	4	9	4	4	8	—	—	—	5	1	6
18. Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)	300	156	456	171	122	293	168	127	295	2	—	2	303	151	454
19. Ungeklärte Fälle	49	60	109	119	75	194	97	55	152	10	3	13	71	80	151
20. Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen	67	62	129	185	70	255	176	67	243	2	2	4	76	65	141
21. Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen	38	15	53	225	66	291	229	66	295	1	—	1	34	15	49
Zusammen:	52621	54204	106825	19253	18370	37623	19270	18048	37318	2903	3466	6369	52604	54526	107130

B. Psychiatrische Kliniken und städtische Abteilungen.

Krankheitsformen	Bestand am 1. 1. 1932			Zugang insgesamt			Abgang insgesamt			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1932		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1. Angeborene u. früh erworbene Schwachsinnszustände (Idiotie und Imbezillität):															
a) ohne nachweisbare Ursache	36	5	41	327	310	637	328	279	607	3	6	9	35	36	71
b) infolge von nachgewiesenen Gehirnschädigungen	5	2	7	41	38	79	39	36	75	—	1	1	7	4	11
c) Kretinismus	5	4	9	3	2	5	3	2	5	—	1	1	5	4	9
2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung):															
a) akute traumatische Psychosen (Kommotionspsychosen)	2	5	7	393	48	441	385	52	437	12	1	13	10	1	11
b) traumatische Folgezustände (epileptische Wesensveränderung usw.)	—	—	—	349	38	387	316	29	345	3	—	3	21	1	22
3. Progressive Paralyse	47	52	99	1032	450	1482	932	434	1366	85	51	136	147	68	215
4. Psychische Störungen bei Lues cerebri u. Tabes	29	16	45	300	147	447	299	142	441	10	3	13	30	21	51
5. Encephalitis epidemica	12	10	22	220	113	333	206	109	315	—	4	4	26	14	40
6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters:															
a) arteriosklerotische Formen (einschl. d. genuinen Hypertonie)	—	15	15	830	445	1275	737	414	1151	173	135	308	85	46	131
b) präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder)	15	28	43	376	286	662	375	280	655	11	27	38	24	41	65

c) senile Formen	17	—	17	190	383	573	171	322	493	51	97	148	36	54	90
d) andere Formen (Alzheimer, Pick usw.	—	—	—	18	19	37	16	16	32	2	5	7	2	3	5
7. Huntingtonsche Chorea	5	5	10	19	25	44	19	24	43	—	—	—	5	6	11
8. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (Tumor, multiple Sklerose usw.)	7	15	22	214	213	427	203	205	408	30	31	61	18	23	41
9. Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien (»symptomatische Psychosen« im engeren Sinne):															
a) bei Infektionskrankheiten (einschl. Chorea minor)	7	6	13	60	83	143	59	82	141	17	17	34	8	9	17
b) bei Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Kachexien (Erkrankungen der Kreislauforgane, Intestinalerkrankungen, Diabetes, Uraemie und Eklampsie, Anämien, Karzinose, Pellagra usw.)	9	—	9	90	119	209	85	99	184	27	34	61	14	18	32
c) bei Basedow, Myxoedem, Tetanie und anderen endokrinen Erkrankungen	3	2	5	32	47	79	30	43	73	3	9	12	5	6	11
d) symptomatische Psychosen im Puerperium und während der Laktation	—	3	3	—	21	21	—	21	21	—	3	3	—	3	3
Zusammen:	199	168	367	4494	2787	7281	4203	2589	6792	427	425	852	478	358	836

Krankheitsformen	Bestand am 1. 1. 32 m.	w.	zus.	Zugang am insgesamt m.	w.	zus.	Abgang am insgesamt m.	w.	zus.	darunter Todesfälle m.	w.	zus.	Bestand am 31. 12. 32 m.	w.	zus.
Übertrag:	199	168	367	4494	2787	7281	4203	2589	6792	427	425	852	478	358	836
10. Alkoholismus:															
a) Rauschzustände	13	1	14	655	96	751	659	97	756	3	—	3	9	—	9
b) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.)	23	5	28	802	55	857	755	58	813	10	—	10	70	2	72
c) Delirium tremens und Halluzinose	3	—	3	107	3	110	109	3	112	13	—	13	1	—	1
d) Korssakowsche Psychose (Polioencephalitis haemorrhagica)	4	2	6	23	6	29	24	7	31	1	2	3	3	1	4
11. Suchten (Morphinismus, Kokainismus usw.)	13	11	24	170	93	263	166	94	260	4	3	7	17	10	27
12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd usw.	1	3	4	74	77	151	73	80	153	11	14	25	2	—	2
13. a) Epilepsie ohne nachweisbare Ursache	57	56	113	946	558	1504	944	557	1501	23	8	31	71	65	136
b) symptomatische Epilepsie (soweit nicht in einer anderen Gruppe aufzuführen)	6	1	7	139	56	195	139	54	193	—	1	1	6	3	9
14. Schizophrener Formenkreis	297	354	651	1844	2545	4389	1841	2470	4311	27	98	125	300	429	729
15. Manisch-depressiver Formenkreis:															
a) manische und depressive Phasen	51	118	169	475	920	1395	439	881	1320	10	35	45	87	157	244
b) hyperthyme, dysthyme und zyklothyme Konstitution	7	7	14	86	81	167	80	79	159	2	1	3	13	9	22

16. Psychopathische Persönlichkeiten	102	117	219	2226	1603	3829	2231	1618	3849	4	7	11	97	102	199
17. Abnorme Reaktionen:															
a) paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen (Querulantenwahn u. ä.)	6	10	16	133	104	237	125	102	227	1	1	2	14	12	26
b) depressive Reaktionen, welche nicht unter 15a fallen	24	11	35	433	451	884	431	438	869	3	11	14	26	24	50
c) Haftreaktionen	6	3	9	51	14	65	51	21	72	1	—	1	6	2	8
d) Rentenneurose	17	—	17	558	47	605	570	40	610	—	—	—	5	1	6
e) andere psychogene Reaktionen	16	19	35	465	267	732	463	265	728	1	4	5	18	21	39
f) induziertes Irresein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18. Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)	6	14	20	115	80	195	112	85	197	—	—	—	9	9	18
19. Ungeklärte Fälle	10	11	21	309	185	494	307	179	486	13	11	24	12	17	29
20. Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen	69	81	150	1837	814	2651	1831	827	2658	43	41	84	75	68	143
21. Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen	—	5	5	367	155	522	358	156	514	10	9	19	9	4	13
Zusammen:	930	997	1927	16309	10997	27306	15911	10700	26611	607	671	1278	1328	1294	2622

Es litten an	Prozentzahl der Aufnahmen		Prozentzahl des Endbestandes	
	Kliniken	Anstalten	Kliniken	Anstalten
Angeb. Schwachsinnszuständen (1 a—c)	2,64	7,9	3,47	20,4
Psychischen Störungen nach Hirnverletzungen (2 a—b)	3,03	0,87	1,25	0,35
Progressiver Paralyse (3)	5,42	8,6	8,2	3,9
Psychischen Störungen bei Lues cerebri und Tabes (4)	1,27	0,9	1,9	0,48
Encephalitisfolgen (5)	1,22	0,9	1,52	0,9
Psychischen Störungen des höheren Lebensalters (6 a—d)	9,32	10,9	11,09	5,76
Huntingtonscher Chorea (7)	0,16	0,22	0,41	0,13
Psychischen Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (8)	1,56	0,52	1,56	0,34
Symptomatischen Psychosen (9 a—d)	1,65	1,19	2,4	0,37
Alkoholismus (10 a—d)	6,39	4,72	3,28	1,25
Suchten (11)	0,96	0,8	1,03	0,13
Psychischen Störungen bei anderen Vergiftungen (12)	0,55	0,04	0,07	0,005
Epilepsie (13 a und b)	6,22	5,9	5,53	10,3
Schizophrenie (14)	16,07	34,2	27,8	46,5
Manisch-depressiver Formenkreis (15 a und b)	5,72	8,5	10,14	4,1
Psychopathie (16)	14,02	6,3	7,59	2,3
Abnorme Reaktionen (17 a—f)	9,23	3,8	4,92	1,7
Psychopathische Kinder und Jugendliche (18)	0,71	0,7	0,68	0,4
Ungeklärte Fälle (19)	1,81	0,51	1,1	0,14
Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen (20)	9,71	0,68	5,45	0,13
Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen (21)	1,91	0,77	0,49	0,05

Soweit Angaben darüber vorlagen, wieviel der im Berichtsjahre in die Heil- und Pfleganstalten Zugeführten aus dem freien Leben kamen, schwankten diese Zahlen der einzelnen Anstalten zwischen 87 und 98% der Zuführungen. 57—75% der Aufnahmen betrafen nach den vorliegenden Nachrichten erstmalige Aufnahmen in psychiatrische Anstaltsbehandlung.

Für die Kliniken und Stadtabteilungen lauten diese Zahlen folgendermaßen: Unmittelbar aus dem freien Leben aufgenommen 96—100%, überhaupt zum ersten Male in psychiatrische Anstaltsbehandlung übergeführt 52—96% der Zugeführten.

Nachdem der Deutsche Verein nunmehr die Sammlung der Statistik für richtig gehalten und beschlossen hat, ist es betrüblich, daß gleich bei der

ersten Sammlung eine erhebliche Anzahl von psychiatrischen Anstalten ihre Mitarbeit versagt haben.

Es muß noch einmal hervorgehoben werden, daß die Statistik 1932, soweit sie überhaupt zur Verfügung gestellt worden ist, von nicht wenigen Anstalten sehr unsorgfällig ausgeführt worden ist, sodaß die angegebenen Zahlen vielfach gar nicht stimmen. Korrektur war seitens dieser Anstalten leider nicht zu erreichen. Die Fehler sind bei der vorstehenden Zusammenstellung schlecht und recht ausgeglichen worden. Obgleich demnach — einmal, weil nicht alle Anstalten beteiligt sind, sodann eben wegen dieser Mängel — die vorliegende Statistik 1932 eigentlich nicht den gewünschten Überblick gibt, ist sie doch hiermit veröffentlicht worden.

Es muß aber erneut an alle psychiatrischen Institute die dringende Bitte gerichtet werden, künftig sich lückenlos und mit zuverlässig durchgearbeiteten Aufstellungen an der alljährlichen Statistiksammlung zu beteiligen. Denn die hier zu veröffentlichenden Gesamtübersichten haben natürlich nur Sinn, wenn sie vollständig sind, das heißt auf den korrekt ausgeführten Einzelstatistiken aller in Frage kommenden Kliniken und Anstalten beruhen.

Wie bereits in dem allen Beteiligten im Mai 1933 zugesandten Rundschreiben ausgeführt wurde, ist die Mühe der Statistikführung bei richtiger Arbeitsweise nur sehr gering, und es darf die Erwartung ausgesprochen werden, daß wenigstens von 1933 an alle psychiatrischen Anstalten und Kliniken pünktlich liefern. Lücken machen die Arbeit der anderen und damit das ganze Unternehmen wertlos.

I. A.: Dr. Nitsche.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 24. und 25. Mai 1934 in Münster i. W.

Vorsitzender: *Bonhoeffer*-Berlin.

Anwesend: *Albrecht*-Berlin, *Arland*-Uchtspringe, *Ast*-Eglfing, *Auer*-Köln, *Bach*-Bedburg-Hau, *Banicki*-Münster i. W., *Banse*-Lauenburg, *Barahura*-Temande-Lissabon, *Bartels*-Münster (A. G. D.), *Baumann*-Essen, *Baumann*-Sorau, *Becker*-Langenhagen, *Behr*-Lüneburg, *Behr*-Treptow, *Behusen*-Richling, *Benning*-Bremen, *Berger*-Jena, *Besserer*-Münster, *Betzendahl*-Berlin, *Böcker*-Tilbeck, *Bommer*-Münster, *Bonhoeffer*-Berlin, *Borowiecki*-Poznań, *Bostroem*-Königsberg, *Brandt*-Neuruppin, *Braune*-Kiel, *Bräuner*-Lüneburg, *Brennecke*-Halle-Nietleben, *Bresler*-Kreuzburg, *Bufe*-Allenberg, *Bumke*-München, *Bürger-Prinz*-Leipzig, *Casten*-Stettin, *Clemens*-Benninghausen, *Conrad*-München, *Cordes*-Münster, *Creutz*-Düsseldorf, *Christian*-Kiel, *Dannehl*-Bedburg-Hau, *Deffge*-Landsberg, *Delbrück*-Hannover, *Dietrich*-Bonn, *Dietz*-Alzey, *Dobbeck*-Kassel, *Dodillet*-Bunzlau, *Donalies*-Potsdam, *Drews*-Johannistal, *Driest*-Frankfurt a. M., *Dumitz-Lückger*-Bonn, *Edenhofer*-Klingenmünster, *Eichelberg*-Hedemünden, *Eichler*-Düsseldorf, *Encke*-Marburg, *Encke*-Stralsund, *Engelhardt*-Münster, *Entres*-Werneck, *Ernst*-Gießen, *Faltlhauser*-Kaufbeuren, *Feuerborn*-Münster, *Fischer*-Wiesloch, *Fleck*-Göttingen, *Foerster*-Münster, *Freudorf*-Osnabrück, *Fröhlich*-Göttingen, *Fünfgeld*-Frankfurt, *Gaupp*-Plauen i. V., *Gaupp*-Tübingen, *v. Gebsattel*-Fürstenberg, *Geller*-Bonn, *Geyer*-Kiel, *Gerson*-Göttingen, *Giese*-Marburg, *Gildenmeister*-Bremen-Ellen, *Gillwald*-Eberswalde, *Goebel*-Hagen, *Goering*-Elberfeld, *Göttke*-Rostock-Gehlsheim, *Goetze*-Wehlau-Allenberg, *Goos*-Dortmund-Aplerbeck, *Grimme*-Hildesheim, *Grütter*-Königslutter, *Gückel*-Nürnberg, *Günther*-Dresden, *Günther*-Münster, *Haberkant*-Detmold, *Hamisch*-Münster, *Harries*-Wunstorf, *Hartwich*-Soest, *Hauptmann*-Kortau, *Havestedt*-Düsseldorf-Grafenberg, *Heene*-Homburg, *Hegemann*-Münster, *Heidenhain*-Tübingen, *Heinze*-Potsdam, *Hellner*-Münster, *Henkel*-Hadamar, *Herrmann*-Galkhausen, *Hermel*-Hameln, *Hermkes*-Eickelborn, *Herting*-Düsseldorf, *von der Heydt*-Königsberg Pr., *Hille*-Magdeburg, *Hobohm*-Bethel, *Hoffmann*-Gießen, *Holfert*-Münster, *Holthaus*-Münster, *Honekamp*-Görden, *Hoppe*-Leubus, *Hühnerfeld*-Telgte, *Ilberg*-Dresden, *Jacobi*-Gießen, *Jacobi*-Hildesheim, *Jacobi*-Magdeburg, *Jengmichel*-Altscherbitz, *Jost*-Eickelborn, *Jutz*-Osnabrück, *Kalbow*-Münster, *Kaldeway*-Eickelborn, *Kaltenbach*-Bad Suderode, *Kalweit*-Münster, *Kastan*-Hamburg, *Kehrer*-Münster i. W., *Kemper*-Gütersloh, *Kentenich*-

M.-Gladbach, *Kentenich*-Düsseldorf, *Kittel*-Berlin, *Kleffner*-Münster, *Kleffner*-Marsberg, *Klein*-Lauenburg, *Kleine*-Bedburg-Hau, *Kleist*-Frankfurt a. M., *Klinke*-Münster, *Koester*-Aachen, *Koester*-Bonn, *Kötter*-Münster, *Konietzny*-Brieg, *Korbsch*-Münster, *Kost*-Waldbreitbach, *Kracke*-Osnabrück, *Krakow*-Tapiau, *Kretschmer*-Marburg, Lic. *Krieg*-Münster, *Krüger*-Tapiau, *Kunze*-Lüben, *Küppers*-Tübingen, *Landwehr*-Waldbreitbach, *Lange*-Breslau, *Lange*-Jerichow, *Langer*-Pfafferode, *Laskowski*-Saffig, *Lemmer*-Tannenfeld, *Lewenstein*-Bonn, *Liebers*-Zschadraß, *Lienau*-Hamburg, *Löw*-Andernach, *Lua*-Hamburg-Langenhorn, *Lüddecke*-Treptow a. R., *Magunna*-Königslutter, *H. W. Maier*-Zürich, *Malcus*-Merxhausen, *Marx*-Ahrweiler, *Masorsky*-Eichberg, *Mauß*-Königsberg, *Meister*-Herford, *Merquet*-Warstein, *Mertens*-Lengerich, *Metz*-Neuhaldensleben, *Meyer*-Neuhaldensleben, *Möller*-Wilhelmshaven, *Mönch*-Wehnen, *Müller, H.*-Düren, *Müller, J.*-Lohr/M., *Müller*-Dorsten, *Neugebauer*-Lüneburg, *Neuhaus*-Münster, *Nitsche*-Sonnenstein, *Nonne*-Hamburg, *Oberreuter*-Leubus, *Oehler*-Münster, *Offermann*-Neuß a. Rh., *Ohnsorge*-Münster, *Orland*-Uchtspringe, *Orthmann*-Süchteln, *Ostmann*-Uckermünde, *Otten*-Andernach, *Paasche*-Dortmund-Aplerbeck, *Petermann*-Münster, *Peters*-Klosterhoven, *Peters*-Münster, *Peust*-Magdeburg, *Pfannmüller*-Kaufbeuren, *Pfeifer*-Halle-Nietleben, *Pfeifer*-Leipzig, *Philipp*-Tannenhof, *Pohlisch*-Berlin, *Pohlmann*-Dortmund-Aplerbeck, *Polstorff*-Süchteln, *Pönitz*-Halle, *Pönsgen*-Bochum, *Quickert*-Hamburg-Langenhorn, *v. Rad*-Nürnberg, *Rapmund*-Rasemühle, *Reid*-Schwerin, *Rein*-Teupitz, *Renner*-Plagwitz, *Renniger*-Freiburg, *Richard*-Göttingen, *Riemann*-Teupitz, *Roemer*-Illenau, *Römer*-Hirsau, *Roggenkämper*-Hamburg, *Roemmelt*, N.-Marsberg, *Rüdin*-München, *Rustige*-Rotenburg/Hann., *Sanders*-Hagen, *Schaefer*-Düsseldorf-Kaiserswerth, *Schinck*-Emden, *Schlegtendal*-Herford, *Schmidt*-Lengerich, *Schmidtmann*-Eglfing-Haar, *Schmitz*-Bonn, *Schnabel*-Ludwigsburg, *C. Schneider*-Heidelberg, *Schneider*-Lengerich, *K. Schneider*-München, *Schnitker*-Münster, *Schob*-Dresden, *Schramm*-Pfafferode, *Schroeder*-Kortau, *Schroeder*-Münster, *Schuch*-Erlangen, *Schulte-Atry*-Kiel, *E. Schultze*-Göttingen, *Schütte*-Langenhagen, *Schwarze*-Münster, *Schwartz*-Altscherbitz, *Sendtner*-Eglfing, *Settels*-Galkhausen, *Simon*-Gütersloh, *Sicking*-Telgte, *Sinn*-Neubabelsberg, *Sioli*-Düsseldorf, *Spaar*-Haina, *Specht*-Erlangen, *Sperbitz*-Münster, *Spiecker*-Duisburg, *Stamm*-Hannover, *Steinbrecher*-Düren, *Steinmann*-Münster, *Stertz*-Kiel, *Stier*-Breslau, *Stoerring*-Bonn, *Stoerring*-München, *Stoltenhoff*-Dresden, *Straßer*-Aulhausen, *F. Stumpfl*-München, *Syring*-Neuruppin, *Theipold*-Brake, *Thiele*-Berlin, *Thums*-München, *Thürwächter*-Freiburg/Schl., *Tietze*-Uchtspringe, *Tillis*-Brauweiler, *Toebben*-Münster, *Töppich*-Lüben, *Unruh*-Stralsund, *Utz*-Gabersee, *Viedenz*-Bad Harzburg, *Villinger*-Bethel, *Vogt*-Münster, *Volland*-Bethel, *Vollheim*-Ückermünde, *Voß*-Düsseldorf, *Voß*-Potsdam, *Waetzold*-Berlin-Wittenau, *Walter*-Bremen, *Wegener*-Andernach, *Wegner, Paul*-Haus Kannen, Münster, *G. Weise*-Breslau, *E. Weise*-Breslau, *Welle*-Haus Kannen, *Weller*-Münster, *Weltmann*-Münster, *Wendt*-Leipzig-Dösen, *Wessing*-Warstein, *Westermann*-Ensen, *Westphal*-Bonn, *Wilhelmy*-Bonn, *Willige*-Ilten, *Winkels*-Münster, *Winninghoff*-Wunstorf, *Winter*-Lengerich, *Wittenberg*-Neinstedt/Harz, *Wittermann*-Winnental, *Wuth*-Kreuzlingen, *Ziertmann*-Plagwitz, *Zutt*-Berlin.

(9 in die Anwesenheitsliste eingetragene Namen sind unleserlich.)

Zahl der Teilnehmer: 311.

Die Versammlung wurde telegraphisch bzw. brieflich begrüßt von den

Herren *Aschaffenburg*-Köln, *Berze*-Wien, *Kogerer*-Wien, *Pötzl*-Wien, *Rosenfeld*-Rostock, *Spielmeyer*-München, *Stiefler*-Linz, *Stransky*-Wien und *Aug. Wimmer*-Kopenhagen.

Der Vorsitzende, Professor *Bonhoeffer*, eröffnet die Sitzung, dankt dem Ortsausschuß Professor *Kehrer* und Anstaltsdirektor *Kleffner* sowie ihren Mitarbeitern für die Vorbereitung der Tagung, begrüßt den Vertreter des Oberpräsidenten und der übrigen Staatsbehörden Landeshauptmann *Kolbow*, den Vertreter des Oberbürgermeisters von Münster Dr. *Peter*, den Kurator der Universität Dr. *Peters*, den Vertreter des Rektors der Universität und der Medizinischen Fakultät Professor Dr. *Vogt*, den Führer des Nationalsozialistischen Ärztebundes Sanitätsrat Dr. *Vonnegut* und den Vertreter des evangelischen Konsistoriums Konsistorialrat *Krieg* sowie die ausländischen Kollegen und fährt fort:

Wir begehen diesmal unsere Jahresversammlung in größerem Rahmen als bisher. Auf Veranlassung des Reichsministeriums des Innern hat sich unser Verein, der nun auf ein mehr als 90 jähriges Leben zurückblickt, im Sommer letzten Jahres mit dem Verband für psychische Hygiene, der ohnehin schon in enger Verbindung mit uns gestanden hat, und der Gesellschaft für Rassenhygiene zusammengeschlossen. Ich glaube, es wird niemand unter uns sein, der diesen Zusammenschluß nicht begrüßt, und wir dürfen der Reichsregierung für diese Initiative dankbar sein, denn ohne sie wäre die Vereinigung sicher nicht so leicht erfolgt. Wir schätzen diesen Zusammenschluß nicht nur um der Bereicherung unseres Arbeitsstoffes willen und darum, daß die Mitglieder der verschiedenen Vereinigungen nun nicht mehr genötigt sind, verschiedene Tagungen zu besuchen, um das Wissenswerte aus dem Gesamtgebiet zu erfahren, sondern vor allem in der Hoffnung, daß diese unsere Jahressitzung nun wirklich der Mittelpunkt wird, an dem sich alljährlich Klinik, Erbbiologie, psychische und Rassenhygiene zusammenfinden, um in persönlichem Austausch gemeinsame wissenschaftliche Fragestellungen und Anregungen zu besprechen und zu aktivieren. Bei der großen Verantwortung, die durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses uns Psychiatern in ganz besonderem Maße auferlegt ist, ist die Zusammenfassung der wissenschaftlichen Vereinigungen, die die verschiedenen Seiten des eugenischen Problems behandeln, gerade heute besonders wichtig.

Es ist nicht meine Aufgabe, auf die inhaltliche Seite dieses eugenischen Problems, das wir heute in Referaten und Vorträgen an erster Stelle behandeln, hier einzugehen. Nur auf einige allgemeine Punkte, die sich für unser Fach aus der heutigen Situation ergeben, möchte ich hinweisen. Wir befinden uns unzweifelhaft heute in einer besonderen Lage, die anders ist als die der übrigen klinischen Disziplinen und die unsere ganze Aufmerksamkeit erfordert. Die Psychiatrie ist in der Öffentlichkeit niemals im eigentlichen Sinne populär gewesen. Ihre Leistungen und ihre Verdienste haben sich im allgemeinen abseits von der großen Straße in der Stille ausgewirkt. Neben ihren eigentlichen psychiatrischen Behandlungs- und Forschungsaufgaben hat die Psychiatrie schon immer gewissermaßen als Nebenprodukt ihrer Arbeit an der Klärung mancher kulturellen, soziologischen und im weiteren Sinne volkshygienischen Probleme Anteil gehabt. Sie hat fast ein Jahrhundert zu kämpfen gehabt, um den Geisteskranken aus der Verfehmung heraus ihre natürliche Stellung innerhalb der Pathologie zu erringen. Wenn wir heute auf unserem Gebiete die Möglichkeit differenzierteren, wissenschaftlich be-

gründeten eugenischen Handelns haben, so ist kein Zweifel, daß es die Vorarbeiten der klinischen Psychiatrie — und besonders der deutschsprachigen — gewesen sind, denen wir das durch eine schärfere Umgrenzung der exogen und endogen bedingten und der einzelnen auf krankhafter Anlage beruhenden Erkrankungen und Zustände zu danken haben. Ich erinnere weiter an den großen Einfluß, den die Psychiatrie auf die Auffassung der kriminellen Persönlichkeit im Strafrecht und damit auf die Umgestaltung des Strafvollzuges und zwar keineswegs etwa im Sinne eines sentimentalen Exkulpierens, wie vielfach im Publikum die Meinung ist, gehabt hat. Vielfach sind die Beziehungen unseres wissenschaftlichen Stoffes zu den Geisteswissenschaften, und vielfach können die Rückwirkungen auf den jungen Mediziner und seine Einstellung zum kranken Menschen sein, wenn er die in unserem Fach stets gegebene Nötigung, immer den ganzen Menschen im Auge zu haben, sich zu eigen macht.

Wir dürfen ohne Überhebung sagen, daß wir ein Fach vertreten, das unter den medizinischen vielleicht die umfassendsten Beziehungen zu allgemeinmenschlichen Fragen hat. Diese Stellung der Psychiatrie innerhalb der Medizin hat sich im ganzen auch bisher darin ausgedrückt, daß unser Fach nicht nur zahlenmäßig eine ausreichende Schar von Adepten an sich zog, sondern daß sich auch qualitativ eine gute Auslese eines geistig interessierten Nachwuchses entwickelt hat.

Ich weise auf diese Dinge hin, weil es scheint, daß sich die Verhältnisse in den letzten Jahren zu verschieben beginnen. Es wird von verschiedenen Seiten geklagt, daß sich der ärztliche Nachwuchs in ungenügendem Ausmaß der Psychiatrie zuwendet. Es mag das in erster Linie in einer gewissen Abwendung der jungen Generation von psychologischen Interessen gelegen sein, die sich dann naturgemäß auch der Psychopathologie gegenüber äußern muß. Inwieweit diese Abneigung auf eine gesunde Reaktion gegen die Überschwemmung mit unerfreulichen, z. T. widerlichen psychopathologischen Problemen, wie wir sie in der Literatur und auf der Bühne in den letzten Jahrzehnten erlebt haben, zurückzuführen ist, kann dahingestellt bleiben.

Es kommt aber noch ein anderes hinzu, und das geht uns unmittelbar an, nämlich eine unerwünschte und nicht beabsichtigte Rückwirkung, die der Kampf für die Erbgesundheit der kommenden Generationen für unser Fach selbst mit sich bringt. Es besteht die Gefahr, daß im Publikum, begünstigt durch eine drastische Bildpropaganda, die immer wieder darauf hinweist, daß die Anstaltsinsassen einen wirtschaftlich kostspieligen und erbhygienisch gefährlichen Ballast bilden, sich etwas wie eine Diskreditierung des Berufes entwickelt, der sich zu einem wesentlichen Teil mit der ärztlichen Betreuung dieser Individuen zu befassen hat. Hinzu kommt noch die schwierige Situation des Psychiaters zwischen Individualtherapie und der erbhygienischen Prophylaxe, die jedem von uns heute entgegentritt. Es wäre von verschiedenen Gesichtspunkten aus bedenklich, wenn sich der Kampf für die Gesundheit der kommenden Generationen dahin auswirkte, daß wir gerade in einer Zeit besonderer Forschernotwendigkeit mit einer Verringerung des psychiatrischen Nachwuchses, einer Abnahme des psychiatrischen Interesses und der psychiatrischen Arbeitsmöglichkeiten rechnen müßten. Ich begrüße von diesem Standpunkt aus die Ausführungen, die *Rüdin* bei der Kundgebung »Deutsches Volk, deutsche Arbeit« vor einigen Wochen gemacht hat, bei der er gerade vom rassenhygienischen Standpunkt aus die besondere Notwendigkeit hervor-

gehoben hat, daß für die besten Ärzte, die beste und modernste Krankenbeobachtung und die eindringlichste Ursachenforschung gesorgt werde. Wir nehmen von dieser Äußerung, die nach der Stelle, wo sie gefallen ist, als Ausdruck der Meinung der Reichsregierung angesehen werden darf, mit Genugtuung Kenntnis, denn sie läßt hoffen, daß wir den vielen Aufgaben, die heute noch mehr und verantwortlicher als früher vor uns liegen, mit zureichenden Hilfskräften werden entgegentreten können.

Nachdem der Herr Landeshauptmann der Provinz Westfalen *Kolbow*, der Vertreter des Oberbürgermeisters von Münster Herr Dr. *Peter*, der Vertreter des Rektors der Universität und der medizinischen Fakultät Herr Prof. Dr. *Vogt* und der Führer des NS.-Ärztebundes Westfalens Herr Sanitätsrat Dr. *Vonnegut* die Versammlung freundlichst begrüßt und der Vorsitzende diesen Rednern gedankt hatte, gedachte letzterer der seit der letzten Jahresversammlung verstorbenen Mitglieder: *Arnemann*-Chemnitz, *Bratz*-Berlin, Oberreichsanwalt *Ebermayer*-Leipzig, *Forster*-Greifswald, *Jörger*-Waldhaus (Schweiz), *v. Halban*-Lemberg, *Herrschmann*-Wien, *Hübner*-Bonn, *Kuttner*-Uchtspringe, *Lullies*-Königsberg, *Prinzhorn*-München, *Rauschke*-Essen, *Kurt Schmidt*-Dresden, *Schalte*-Niedermarsberg und *Winkler*-Berlin. Die Versammlung erhob sich zum ehrenden Gedenken der Toten. —

Hierauf wurden die nachstehenden Referate und Vorträge gehalten:

I. Referat: *Bumke* (München): Klinische Psychiatrie und Eugenik.

M. H.! Seitdem dieses Referat verabredet worden ist, haben wir uns alle mit seinem Thema so lebhaft beschäftigt, daß ich schon deshalb fürchten muß, Ihnen nichts Neues sagen zu können. Dazu kommt, daß durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses der Hauptteil unserer Aufgaben so scharf umrissen worden ist, daß auch hier nicht mehr sehr viele Worte notwendig sind. Ich werde mich also darauf beschränken müssen, Ihnen gewisse uns allen bekannte Tatsachen und Gedanken noch einmal vorzutragen, um so eine Grundlage für die Aussprache zu schaffen.

Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses stehen uns grundsätzlich zur Verfügung: die Sterilisierung, die Schwangerschaftsverhütung und die Schwangerschaftsunterbrechung.

Nun sollte man, nachdem die Sterilisierung eingeführt ist, nach meiner Überzeugung von einer Schwangerschaftsverhütung aus psychiatrischer Indikation überhaupt nicht mehr sprechen. Es ist unmöglich, psychisch abnormen Menschen Mittel zur Schwangerschaftsverhütung zu empfehlen und in die Hand zu geben, ohne daß auch die Gesunden von ihnen Gebrauch machen würden. Die größte und ursprünglichste Gefahr, die uns bedroht, ist aber doch im Geburtenstreik und damit im Aussterben unseres ganzen Volkes gelegen. Warum müssen wir denn heute mit viel größerem Recht als noch vor zwanzig Jahren von einer verhältnismäßigen Zunahme geistiger Störungen sprechen? Einfach deshalb, weil sich die Gesunden nicht hinreichend fortpflanzen und diese Aufgabe in steigendem Maße den Minderwertigen, den Schwachsinnigen, Säufern, Verbrechern und schließlich auch den Kranken überlassen. Aber selbst wenn das nicht wäre: auf die Dauer wird unserem Volk überhaupt kein ärztliches Handeln und keine gesetzliche Maßnahme irgendetwas helfen, wenn es nicht gelingt, die Kurve des Geburtenrückganges zunächst zum Stillstand und dann zur Umkehr zu zwingen. Deshalb,

meine ich, sollten wir die Schwangerschaftsverhütung bei allen unseren Erörterungen ganz außer Acht lassen.

Was die Schwangerschaftsunterbrechung angeht, so darf ich zunächst bemerken, daß es psychische Krankheiten, die eine solche Unterbrechung aus medizinischer Ursache rechtfertigen könnten, beinahe nicht gibt[1]). Ich selbst habe diese Indikation in 32 Jahren nur ein einziges Mal gestellt — und da habe ich nach wenigen Tagen erfahren, daß die Diagnose der betreffenden Frauenklinik falsch und daß die bedrohliche körperliche Schwäche nicht durch die Schwangerschaft und auch nicht durch die seelische Störung, sondern durch ein Allgemeinleiden bedingt gewesen war, auf dessen Boden sich die Psychose erst sekundär entwickelt hatte.

Noch weniger können wir soziale Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung anerkennen. Ich weiß, daß hervorragende Frauenärzte darüber eine Zeitlang anders gedacht und anders gehandelt haben. Sie haben das gewiß aus innerer Überzeugung, aber ebenso sicher auf Grund falscher Voraussetzungen getan. Heute wissen wir, daß die sozialen Indikationen immer nur den Deckmantel bilden, um wirtschaftliche Gründe, um die Furcht vor Schande bei einer unehelich geschwängerten Frau, um Eigennutz, Faulheit, Feigheit, Genußsucht, ja selbst bloße Eitelkeit zu verbrämen.

So bliebe also wirklich nur die eugenische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung übrig. Sie ist bekanntlich vom Gesetz bis heute nicht vorgesehen. Aber umso notwendiger werden wir uns darüber unterhalten müssen, ob sie in einem ergänzenden Gesetz eingeführt werden soll. Da ist eines nun ganz gewiß klar: daß es nämlich besser ist, Schwangerschaften nicht erst entstehen zu lassen, als sie nachher zu unterbrechen, und ebenso klar ist, daß wir eine solche Unterbrechung aus eugenischer Ursache niemals vornehmen dürfen, wenn ihr nicht die Sterilisierung so bald als möglich nachfolgen soll.

Ich gestehe aber, daß ich gegen die gesetzliche Einführung der Unterbrechung aus eugenischer Ursache deshalb große Bedenken habe, weil ich nach unseren früheren Erfahrungen einen Mißbrauch dringend befürchte. Ich kann nicht verhehlen, daß diese Erfahrungen recht trübe gewesen sind. Immer wieder habe ich es erlebt, daß man gesagt hat, eine Unterbrechung aus medizinischer Indikation ist wohl nicht ganz gerechtfertigt; eine eugenische Indikation wäre wohl gegeben, aber das Gesetz sieht sie nicht vor; auch eine soziale Indikation könnte man vielleicht wünschen, aber auch sie ist nicht erlaubt. Und nun mußte der Schluß kommen: also kann man die Schwangerschaft nicht unterbrechen. Es kam aber genau der entgegengesetzte Schluß, es wurden alle Gesichtspunkte, medizinische, soziale und eugenische miteinander vermischt, und nach außen hieß es dann, die Schwangerschaft ist aus medizinischer Indikation unterbrochen worden. Wir müssen unbedingt verhindern, daß man jetzt das Firmenschild wechselt und sagt, die Schwangerschaft wird aus eugenischer Indikation unterbrochen, während man in Wirklichkeit eine soziale Indikation meint. Dabei werden wir nicht übersehen dürfen, daß der Beweis, eine Frau hätte etwa vor einem Jahre keine schizophrenen Äußerungen getan, niemals, auch von dem erfahrensten Psychiater nicht, geführt werden kann.

---

[1]) Deutsches Indikationsbuch über Schwangerschaftsverhütung und Unfruchtbarmachung aus medizinischen Gründen. Lehmann, München. 1933.

Ganz anders liegt natürlich die Frage der Sterilisierung. Ich darf ihrer Erörterung vielleicht die Bemerkung voranschicken, daß ich mich — für den Augenblick, in dem wir über die Vererbung der Geisteskrankheiten genügend Bescheid wissen würden — immer schon für die Zwangssterilisierung eingesetzt habe. Hätten wir den Beschluß zur Unfruchtbarmachung dem einzelnen Kranken allein überlassen, so wäre wahrscheinlich etwas eingetreten, was wir in ähnlicher Form schon ziemlich häufig beobachtet haben: die wertvollen, verantwortungsbewußten Menschen hätten irgendwelcher in ihrer Familie beobachteter nervöser Leiden wegen auf Kinder verzichtet, während die Schwachsinnigen, Trinker, Verbrecher und manche Geisteskranke sich ebenso fortgepflanzt hätten wie bisher. Freilich, die Einführung der Zwangssterilisierung bedeutet eine unerhörte Verantwortung für alle, die bei der Ausführung dieses Gesetzes mitwirken sollen, vor allem also für uns Ärzte.

Wenn wir uns den ersten Absatz des § 1 des jetzt vorliegenden Gesetzes ansehen, so könnte man zunächst meinen, daß die Fälle nicht gerade häufig sein würden, in denen sich nach dieser Bestimmung die Zwangssterilisierung anwenden ließe. Sterilisiert werden kann, heißt es, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß die Nachkommen eines Kranken an schweren körperlichen und geistigen Erbschäden leiden werden. Wollte man nun unter »Nachkommen« die unmittelbaren Nachkommen verstehen, so würde eine solche große Wahrscheinlichkeit schlechthin niemals gegeben sein. »Große Wahrscheinlichkeit« bedeutet doch wohl mindestens: 51%. Mit denen haben wir aber für schwere geistige Erbschäden immer nur dann zu rechnen, wenn beide Eltern dieselbe kranke Erbmasse übertragen. Das kann also der Sinn des Gesetzes nicht sein. Das Gesetz muß unter den Nachkommen die gesamte Nachkommenschaft eines Menschen verstehen. Sobald man aber fragt, ob sich unter den so verstandenen Nachkommen eines Menschen schwere geistige Erbschäden mit großer Wahrscheinlichkeit finden werden, so muß diese Frage bei vielen Krankheiten mit Ja beantwortet werden. Wie groß das Verhältnis der geisteskranken Nachkommen zu den gesunden voraussichtlich sein wird, ist eine Unterfrage, deren Beantwortung erst dadurch wichtig wird, daß das Gesetz lediglich eine Kann-Vorschrift enthält. Die Hauptfrage, die wir beantworten müßten, ist, ob mit großer Wahrscheinlichkeit überhaupt mit erbkranken, und zwar mit schwer erbkranken Nachkommen gerechnet werden muß.

Unter den Krankheiten, die Anlaß zur Zwangssterilisierung geben können, hat der Gesetzgeber mit Recht an erster Stelle den angeborenen Schwachsinn genannt. Hier haben sich unsere Anschauungen in den letzten Jahren sehr schnell verschoben. Noch vor einem Jahrzehnt konnte man zweifeln, ob es einen ererbten und vererbbaren Schwachsinn überhaupt gebe. Heute meinen manche Forscher, daß etwa 80% aller angeborenen geistigen Mängel nicht auf äußere Ursachen (im Mutterleib, während oder sehr bald nach der Geburt), sondern auf die Vererbung zurückgeführt werden müssen. Freilich sind die Akten darüber noch nicht geschlossen. Auch darüber kann man streiten, wie sich der Schwachsinn im einzelnen — dominant, rezessiv usw. — vererbt. Wahrscheinlich verhalten sich darin die einzelnen Formen, Arten und Grade verschieden. Aber ich meine, bei dieser Störung — ähnlich wie bei der Schizophrenie — brauchten wir uns den Kopf nicht so furchtbar darüber zu zerbrechen, wie der Erbgang ist, und ob ein schwach-

sinniger Mensch seinen Zustand überhaupt ererbt hat und vererben kann. Schwachsinnige können ihre Kinder schließlich doch nicht erziehen, und jedenfalls ist es nicht wünschenswert, daß Kinder von schwachsinnigen Eltern erzogen werden. Schwachsinnige werden auch selten einen wertvollen Ehepartner finden. Bei 11,6% von Rostocker Hilfsschulkindern ließ sich nachweisen, daß Vater und Mutter schwachsinnig gewesen waren. In solchen Fällen pflegen 77% der Kinder schwachsinnig zu sein. Ist nur ein Elter schwachsinnig und der andere stammt von einem schwachsinnigen Großelter ab, so sind 54%, und wenn ein Elter schwachsinnig ist und der andere gesund und nicht belastet, so bleibt immer noch ein Drittel der Kinder geschädigt. Wenn also hier wirklich zu viel sterilisiert werden sollte, so würde ich das für ein Unglück nicht halten.

In jedem Falle wird der Schwachsinn zahlenmäßig an erster Stelle stehen. Nach amtlichen Schätzungen soll es in Deutschland etwa 230000 schwachsinnige Menschen geben, aber es ist klar, daß dabei nur die schwereren Formen erfaßt worden sind. Nach Schätzungen aus dem Rüdinschen Institut sollen 0,6—2% der gesamten Bevölkerung schwachsinnig sein. Das wären, wenn wir von 66 Millionen ausgehen, 396000—1320000. In den Hilfsschulen sind 1,5—2% aller Schüler eingeschult. Unter den Prostituierten rechnet man mit etwa 30% Schwachsinnigen, unter den im Rückfall wegen Körperverletzung Bestraften mit 22—33%, unter den Sittlichkeitsverbrechern mit 36,5% und unter den Dieben mit 31%. Dazu kommen noch sehr viele Landstreicher usw. Selbst von den Kriegshysterikern, den Rentenneurotikern und den Simulanten der Krankenhäuser hat sich ein großer Anteil als von Geburt an schwachsinnig erwiesen. Das alles ist schlimm genug; das Schlimmste aber ist, daß sich diese Schwachsinnigen aus begreiflichen psychologischen Gründen weit stärker fortpflanzen als die Gesunden. Die kinderreichen Familien stellen 6,6% Hilfsschüler, während die Gesamtbevölkerung, wie gesagt, nur 1,5—2% enthält. Mütter von Hilfsschulkindern hatten in Stuttgart eine Durchschnittskinderzahl von 4,2, während Real- und Gymnasialschüler eine Durchschnittsgeschwisterzahl von 2,2 aufwiesen!

Nach dem angeborenen Schwachsinn kommt als wichtigste Geisteskrankheit die Schizophrenie. Sie macht etwa 22% unserer Aufnahmen in den Kliniken, 40% der Anstaltsaufnahmen und 70% der Anstaltsinsassen aus. Wenn wir annehmen, daß für je 1000 Menschen in Deutschland vier Plätze in Irrenanstalten bereit gehalten werden müssen, so würden von diesen insgesamt 270000 Geisteskranken beinahe 190000 Schizophrene sein. Dazu kommen aber noch alle die, die außerhalb der Anstalten leben können. Von 1000 Menschen haben 8,5, nach einer anderen Berechnung 6,4 Aussicht, schizophren zu werden oder zu sein!

Diesen Zahlen seien (nach den Arbeiten des Rüdinschen Instituts) einige andere angefügt, die sich auf die Vererbung dieser Krankheit beziehen. Von den Kindern zweier schizophrener Eltern erkranken 53% an Schizophrenie. Ist nur ein Elter schizophren, so bekommen 6,7—10,7% der Kinder dieselbe Krankheit. Von den Geschwistern eines Kranken haben 7,48% Aussicht, auch schizophren zu werden, von den Enkeln 1,6, von den Neffen und Nichten 1,4%, und erst Großneffen und Großnichten verhalten sich ähnlich wie die Durchschnittsbevölkerung, d. h. sie erkranken erst in 0,87% der Fälle.

Der Erbgang im einzelnen ist bekanntlich noch nicht ganz klargestellt.

Es ist sogar fraglich, ob das, was wir Schizophrenie nennen, klinisch und erbbiologisch eine einheitliche Krankheit darstellt. Aber ich finde, darauf kommt in diesem Zusammenhange nicht allzu viel an. Ich darf hier den Satz wiederholen, den ich schon vor mehr als zwei Jahren habe drucken lassen: »Ließe sich durch die Sterilisierung gerade diese Krankheit beseitigen, die die meisten Plätze in den Irrenanstalten in Anspruch nimmt, so würde ich die Sterilisierung des einen oder anderen Kranken, der seine Schizophrenie nicht ererbt hätte, schon deshalb mit in den Kauf nehmen, weil er ja seine Kinder doch nicht zweckmäßig erziehen kann.« Sie sehen, das ist die gleiche Erwägung, die ich schon für den angeborenen Schwachsinn angestellt habe.

Freilich, auch in einer ganz anderen Hinsicht besteht zwischen beiden Gruppen eine Beziehung, die diesmal recht wenig wünschenswert ist: durch die Sterilisierung der manifest Kranken allein wird sich nämlich weder der Schwachsinn noch die Schizophrenie ausrotten lassen. Wie auch der Erbgang der Schizophrenie sein mag, zum mindesten erfolgt er zu einem wesentlichen Teil rezessiv. Es würden also Brüder und Schwestern der Kranken sowohl wie alle möglichen gesunden und kranken Vorfahren die Anlage längst weitergegeben haben, ehe wir auf einen Kranken stoßen. Wir werden uns also von der Sterilisierung leider nicht das erwarten dürfen, was sich die Laien von ihr erhoffen. Das kann aber gewiß kein Grund sein, gerade bei dieser Krankheit auf sie zu verzichten. Werden Kranke nicht durch die Anstaltsinternierung an der Fortpflanzung verhindert, so wird der Chirurg eingreifen müssen.

Die Frage, ob man auch die sogenannten Schizoiden sterilisieren soll, ist durch das Gesetz vollkommen klar und nach meiner Überzeugung auch vollkommen richtig entschieden worden. Die Sterilisierung kann nur bei Kranken vorgenommen werden, und auch bei diesen nur dann, wenn ihre Nachkommen wahrscheinlich an schweren geistigen Erbschäden leiden werden. Diese Voraussetzungen treffen für die Schizoiden unter keinen Umständen zu — wir brauchen uns also um die sogenannten schizoiden Genies, einstweilen jedenfalls, kaum Sorgen zu machen.

Erbbiologisch ähnlich wie bei der Schizophrenie liegen die Dinge bei den epileptischen Erkrankungen. Ja hier können wir sogar mit Bestimmtheit sagen, daß es nicht eine klinische Einheit Epilepsie, sondern nur sehr viele Kranke gibt, die an epileptischen Anfällen leiden. Ich persönlich halte es für das Wahrscheinlichste, daß sich überhaupt bloß die Anlage zu epileptischen Anfällen vererbt, die dann bei dem Einzelnen mehr oder minder »penetrant« in die Erscheinung tritt. Die sogenannten genuinen Epileptiker wären dann die Leute, bei denen es eines äußeren Anstoßes zum Auftreten epileptischer Anfälle gar nicht mehr bedarf, und am anderen Ende der Reihe ständen die Kranken, die auf schwere, von außen kommende Schädlichkeiten — Verletzungen, Gifte u. dgl. — deshalb mit epileptischen Anfällen antworten, weil sie eine gewisse Anlage zu diesen Anfällen mit auf die Welt gebracht haben.

Auch über den Erbgang wissen wir bisher nichts Zuverlässiges. Er kann zum mindesten in der Mehrzahl der Fälle nicht dominant sein, denn sonst müßten die Kinder von Epileptikern viel häufiger wieder epileptisch werden, als es tatsächlich der Fall ist, und Epileptiker müßten öfter von einem epileptischen Elter abstammen. Aus diesem Grunde wird es natür-

lich auch bei den Epileptikern nicht möglich sein, sie durch die Sterilisierung mit einem Schlage auszurotten. Da es aber unzweifelhaft eine Vererbung der Anlage zu epileptischen Anfällen gibt, so werden wir zum mindesten bei gewissen, sicher nicht durch Hirnverletzung u. dgl. ausgelösten Epilepsien namentlich dann die Sterilisierung empfehlen müssen, wenn der Kranke — wie so häufig — psychisch schwer verändert und schon deshalb nicht geeignet ist, eine Ehe einzugehen und Kinder zu erzeugen. Gerade in diesen Fällen werden wir nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse mit großer Wahrscheinlichkeit damit rechnen müssen, daß der Kranke seine Anlage zu epileptischen Anfällen irgendwie auf seine Nachkommenschaft überträgt.

Ich selbst ziehe aus dieser Sachlage die Folgerung, jeden Epileptiker, dessen Anfälle nicht nachweislich etwa durch eine Enzephalomeningitis in früher Kindheit oder durch ein Hirntrauma hervorgerufen worden sind, dem Erbgesundheitsgericht anzuzeigen. Es wird sich ja allmählich eine feste Norm bei der Rechtsprechung herausbilden, nach der wir uns in Zukunft richten können.

In vieler Hinsicht sehr anders liegen die Dinge bei den Kranken, die im Gesetz unter der Bezeichnung »zirkuläres (manisch-depressives) Irresein« zusammengefaßt werden. Es ist das ein Ausdruck, den wir ja in letzter Zeit in der rein wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu vermeiden begonnen hatten, weil wir immer mehr leichte, sozial noch unbedenkliche Formen der — wie ich sage — thymopathischen Konstitution kennen lernten, und weil so schließlich sogar die Übergänge ins Gesunde flüssig geworden waren. Im Rahmen des neuen Gesetzes begrüße ich aber den Ausdruck »Irresein« deshalb, weil dadurch ganz klargestellt ist, daß nur die ausgesprochen kranken Menschen getroffen werden sollen.

Bekanntlich finden wir in den Familien manisch-depressiver Kranker recht häufig besonders erfreuliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft, Menschen, die klug und tüchtig, aktiv und temperamentvoll, warmherzig und liebenswürdig und schließlich manchmal genial sind. Das ist der Grund, aus dem ich in den letzten Jahren mit Rücksicht auf ein kommendes Sterilisierungsgesetz um die Thymopathen, ja ich kann sagen, für die Thymopathen gekämpft habe. Und das ist jetzt der Grund, aus dem ich mich freue, daß sich meine Auffassung in zunehmendem Maße auch die Fachgenossen zu eigen gemacht haben, die noch vor wenigen Jahren für die Unfruchtbarmachung aller Thymopathen eingetreten waren. Nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse sind wir nicht in der Lage, alle Manisch-Depressiven auszurotten, ohne zugleich die beinahe oder ganz gesunden und jedenfalls die sozial wertvollen Mitglieder dieses Formenkreises mit aus der Welt zu schaffen.

Aber ich möchte nicht mißverstanden werden. Wir wollen deshalb auf die Sterilisierung bei Manisch-Depressiven durchaus nicht immer verzichten. Es gibt Fälle — man mag bei ihnen von Irresein sprechen oder nicht —, in denen durch mehrere Generationen immer wieder schwere Melancholien beobachtet werden. Die Melancholie ist aber doch die quälendste Krankheit, die es auf der Welt überhaupt gibt. Es gibt keinen körperlichen Schmerz und kein körperliches Siechtum, das sich mit den seelischen Leiden dieser Kranken vergleichen ließe. Diese Fälle zu verhindern, ist gewiß gerechtfertigt. Aber die Entscheidung läßt sich wirklich nur von Fall zu Fall auf Grund einer sehr großen allgemeinen klinischen Erfahrung und bei sehr genauer Kenntnis der einzelnen Familiengeschichte treffen.

Nun hat Herr Kollege *Bonhoeffer* kürzlich darauf aufmerksam gemacht, daß es doch gar nicht selten bei der einfachen Manie oder Melancholie bliebe und daß die Leute, die eine solche Psychose durchgemacht hätten, häufig auch recht wertvolle Menschen und unter Umständen auch wertvolle Erblasser sein könnten. Ich stimme ihm vollkommen zu. Aber wir können leider bis heute jedenfalls die Fälle, in denen es bei einer Manie oder Melancholie bleiben wird, von den periodischen und zirkulären nicht unterscheiden. Wir werden also zum mindesten jeden Fall anzeigen und auch hier die Praxis der Erbgesundheitsgerichte abwarten müssen.

Schließlich bestimmt das Gesetz, daß auch schwere Alkoholisten sterilisiert werden können. Auch das halte ich für unbedingt notwendig. Gerade die Säufer sind die ungeeignetsten Familienväter, die es überhaupt geben kann. Sie sind zudem beinahe immer schon von Hause aus, also konstitutionell minderwertig. Freilich, sie verteilen sich auf verschiedene pathologische Konstitutionsformen, und so wird auch hier die Entscheidung von Fall zu Fall getroffen werden müssen. Aber ich glaube, daß doch recht viele Trinker, denen gegenüber bisher jede sonstige Form des staatlichen Zwanges, wie die Internierung in einer Anstalt oder einer Trinkerheilstätte oder die Entmündigung, beinahe gar nichts ausgerichtet hat, wenigstens daran verhindert werden sollten, Kinder zu erzeugen, sie durch ein zerrüttetes Familienleben zu quälen und durch ihr Beispiel zu verderben.

Zum Schluß möchte ich noch von einer Gruppe von Menschen sprechen, die das jetzt vorliegende Gesetz mit guten Gründen nicht erwähnt hat. Das sind die unsozialen Psychopathen, die Verbrecher. Natürlich gibt es nicht »den« Verbrecher schlechthin, und es ist klar, daß hier deshalb sehr scharfe Unterscheidungen notwendig sind. Wir wissen, daß die Häufigkeit der einzelnen Verbrechen von sozialen Umständen abhängt, ja daß manche Handlungen zu gewissen Zeiten als Verbrechen gegolten haben, die man zu anderen Zeiten als verbrecherisch nicht aufgefaßt hat. Aber das ändert nichts an der Tatsache, daß eine große Menge von Rückfallsverbrechern weder Kinder zu brauchbaren Staatsbürgern erziehen noch auch nur sozial eingestellte Kinder erzeugen kann. Hier ist eine Ergänzung des Gesetzes unbedingt notwendig. Diese Ergänzung ist ja auch gleich angekündigt worden, und wir dürfen zuversichtlich hoffen, daß sie unsere Gesellschaft nicht nur von einem Ballast, sondern auch von einer dauernden Bedrohung in hohem Maße befreit.

Nun sind selbstverständlich die eugenischen Aufgaben des Psychiaters mit der Ausführung des Sterilisierungsgesetzes nicht erschöpft. Nach wie vor werden wir vom Standpunkt der Rasse und der Volksgesundheit unerwünschte Ehen durch Ratschläge zu verhindern suchen müssen. Wir wissen ja aber alle, daß, wenn diese Frage an uns Fachärzte kommt, sie meistens von dem Beteiligten innerlich schon entschieden und daß es deshalb unbedingt notwendig ist, hier in viel stärkerem Grade als bisher die allgemein tätigen Ärzte mit heranzuziehen. Ich bin deshalb auch der Meinung, daß man gerade heute den psychiatrischen Unterricht nicht etwa beschneiden, sondern im Gegenteil vertiefen und wenn irgend möglich ausdehnen sollte. Ich habe bisher noch keinen Kranken gesehen, dessen Krankheit von einem anderen Arzt angezeigt worden wäre, ehe der Kranke zu uns in die Klinik kam. Wir werden die Ärzte aufklären und wir werden ihnen das Rüstzeug mitgeben müssen, dessen sie zur Beratung der Kranken, ihrer Angehörigen und ihrer etwaigen Ehepartner bedürfen.

Aber, wie gesagt, allzuviel versprechen dürfen wir uns von diesen Ratschlägen nicht, und deshalb wird man doch wohl eines Tages dazu kommen müssen, von jedem Menschen, der eine Ehe eingehen will, ein Gesundheitszeugnis zu fordern.

Von den Krankheiten, auf die wir dabei Rücksicht nehmen müssen, die aber im Sterilisierungsgesetz nicht vorgesehen sind, möchte ich zwei Gruppen herausgreifen.

Das eine sind die Syphilitiker. Hier wissen wir ja, daß in einem gewissen, freilich nicht kurzen Abstand von der Infektion eine Übertragung der Syphilis gewöhnlich nicht erfolgt. Daß der Kranke selbst darum immer noch eine Paralyse bekommen kann, versteht sich von selbst. Eine Gefahr für die Nachkommenschaft bedeutet er in diesem Stadium aber gewöhnlich nicht mehr.

Dann noch ein Wort über die Heiraten von Psychopathen untereinander. *Bruno Schulz* warnt — an sich durchaus mit Recht —: man möchte die Verwandten von erblich Geisteskranken nicht in gesunde Familien hineinheiraten lassen. Er fährt dann fort: »Tun sie das in der Tat nicht, so bleibt ihnen nur übrig, untereinander zu heiraten. Daß sie dadurch erhöhte Gefahr laufen, kranke Nachkommen zu erhalten, ist bedauerlich. Man wird also ganz besonders wünschen, daß ihre Kinderzahl geringer ist als die der auf Zwieerbigkeit in diesem Sinne Unverdächtigen.« Dieselbe Erwägung gilt natürlich für die Psychopathen, also für die Leute, bei denen die Anlage zu einer psychischen Störung in verdünnter Form zutage getreten ist, genau so. Ich kann aber *Bruno Schulz* weder für die eine noch für die andere Gruppe in seinen Gedankengängen folgen. Er betont selbst mit Recht, daß, wenn wir alle Verwandten von Erbkranken an der Fortpflanzung verhindern wollten, ein Geburtensturz einsetzen würde, der kulturell und wirtschaftlich die verhängnisvollsten Folgen nach sich ziehen müßte. Veranlassen wir nun aber die mit irgendwelchen Erbkrankheiten belasteten Menschen — sie mögen selbst psychopathisch sein oder nicht —, wieder nur belastete Menschen zu heiraten, so züchten wir doch kranke Nachkommen, und es nützt dann sehr wenig, wenn wir uns einbilden, die Zahl dieser Nachkommen würde nicht groß sein. Wir haben das doch schon für die unmittelbaren Nachkommen dieser belasteten Ehepartner nicht in der Hand, und wir werden die Zahl der Nachkommen erst recht nicht in den nächsten Generationen beeinflussen können. Ich glaube also, daß wir hier um sehr bestimmte Entscheidungen nicht herumkommen. Entweder ist ein Mensch so krank oder jedenfalls erblich so belastet, daß wir ihm dringend abraten müssen, überhaupt Kinder zu haben, oder wir müssen ihm erlauben, auch gesunde Partner zu heiraten.

Schließlich wird eine Ergänzung des Gesetzes für die Menschen notwendig sein, deren Erbgefüge kranke Nachkommen mit großer Wahrscheinlichkeit erwarten läßt, die aber selbst noch nicht krank sind und sich deshalb nach den bisherigen Bestimmungen nicht freiwillig sterilisieren lassen dürfen. Ich selbst habe in dieser Hinsicht ein sehr eindrucksvolles Erlebnis gehabt. Kurz vor der Veröffentlichung des Sterilisierungsgesetzes wurde ich von zwei jungen Menschen um Rat gefragt, von denen der eine eine in der Klinik wiederholt an schweren Manien behandelte Mutter und die andere eine ebenfalls in der Klinik an Melancholie mit nachfolgender Manie behandelte Schwester besaß. Nachforschungen ergaben, daß außer der erwähnten Mutter des Mannes auch die Mutter der Frau und schließlich wahrscheinlich auch



die verstorbenen Väter beider Partner zum manisch-depressiven Formenkreis gehört hatten. Der junge Mann war bereit gewesen, sich sterilisieren zu lassen. Dann kam das Gesetz. Er kann, ehe er krank wird, ebensowenig sterilisiert werden wie seine Frau. Hier ist eine Erweiterung des Gesetzes unzweifelhaft erwünscht.

M. H.! Wir sind uns wohl alle darüber klar, daß uns das Gesetz nicht nur vor wichtige praktische, sondern auch vor große wissenschaftliche Aufgaben gestellt hat. Wir werden noch sehr vieles lernen müssen, damit Erbkrankheiten verhütet und nicht gleichzeitig wertvolle Menschen an der Erzeugung gesunder Nachkommen verhindert werden. Insofern wird unsere Arbeit in den nächsten Jahren wohl dauernd zu einem guten Teil der Erforschung der Vererbung der Geisteskrankheiten gewidmet sein.

II. Referat: *Rüdin* (München): Psychiatrie und Rassenhygiene.

Der Nationalsozialismus bringt nicht bloß segensreiche neue Anschauungen und Einrichtungen, sondern er will die Erneuerung des deutschen Menschen selbst. So überschreiten auch wir für das Gebiet der Psychiatrie die Schwelle eines Zeitalters individualistischer Psychiatrie des Kranken-Eigennutzes und nähern uns einer Epoche, in welcher eine Psychiatrie des Gemeinnutzes unser ganzes Fühlen und Wollen bestimmen wird; wenn sich auch jetzt noch einzelne dagegen sträuben, so wird doch durch die jungen Generationen die nationalsozialistische Weltanschauung allmählich zur Selbstverständlichkeit werden. Rassenhygiene, als angewandte nationale Wissenschaft auf Grund eines klaren Entwicklungszieles folgerichtig durchgesetzt, ist eins der wichtigsten Ziele im völkischen Programm. Die Rassenhygiene will in vorbeugender Weise, durch folgerichtige Zuchtwahl, das Schlechte ausmerzen und das Gute vermehren. Leider sind die meisten Deutschen heute noch rassenhygienische Analphabeten. Ihre Erziehung zu rassenhygienischem Denken und Handeln ist mit eine der wichtigsten Aufgaben des heutigen Psychiaters. Alle Vorurteile persönlicher, fremdrasslicher und weltanschaulicher Art gegen die Rassenhygiene müssen überwunden werden. Dazu bedürfen wir aber ungeheurer Dauerspannkraft; denn nur generationenweise kann sich ein Volk dem erstrebten Zuchtideal von Gesundheit, Begabung, Güte und hochwertiger Rasse nähern. Verleumdungen der Rassenhygiene, diese wolle alle bisherigen Ergebnisse der Vorbeugung und Heilung am Einzelmenschen über Bord werfen, sind natürlich vollständig unwahr, denn vernünftige Individualhygiene, Prophylaxe und Therapie gehören ja ebenfalls zu ihrem Programm. Aus Schlechtveranlagten soll so viel Nützliches als nur möglich zu machen versucht werden. Ein unerbittliches Halt jedoch muß der Rassenhygieniker setzen bei der Fortpflanzung der Erbminderwertigen. Heißt doch wahre Humanität, Unglück verhindern, nicht erst seiner Entstehung tatenlos zusehen. Alle wohlgemeinten Einwände auf dem Gebiete psychiatrischer Erbbiologie sagen uns alten Erbbiologen nichts Neues. Doch dürfen sie unsere Tatkraft nicht lähmen, das bereits richtig Erkannte in die Tat umzusetzen und die Kritiker müßten sich verpflichtet fühlen, durch Forschung unser Wissen zu vermehren.

An der Lösung noch offenstehender Probleme der Erbbiologie sollen sich alle Anstalten, sei es selbständig, sei es in Verbindung mit Zentralinstituten, beteiligen, damit die vielen Lücken, die uns noch von einer idealen Rassenhygiene trennen, immer mehr verschwinden. Einzelanstalten

können Bestandsaufnahmen machen für die Sippen der Eingelieferten, ferner empirische Nachkommen-Untersuchungen, Geisteskranken-Zählungen, topographische rassenpsychiatrische Untersuchungen in der Heimat, Anlage einer Kartothek der Verwandtschaft zwischen allen Anstaltskranken, Häufigkeitsuntersuchungen von Geistesstörung in Durchschnittsbevölkerungen, an einer guten Auslese, in Berufsgruppen, in Normalschulen usw., Belastungsuntersuchungen bei eigenartigen Symptomatologien, Mischpsychosen, bei vielen neurologischen Erkrankungen, bei Psychopathie, Hysterie, die Korrelation zwischen Psychose, Körperkrankheit und -Konstitution, das Problem der Gattenwahl und vieles andere mehr. Die Einzelforschung wird bei alledem die lokalen Vorteile des Anstaltsmaterials selbst und der Nähe desselben ganz besonders ausnützen und mit Sorgfalt alle Tatsachen der Gesundheit und Begabung von Patienten und deren Verwandten zusammentragen, um selbständige Schlüsse daraus zu ziehen. Viele Arbeitsweisen und Problem-Lösungen lassen sich allerdings nur durch eine von einer Zentrale aus geleitete Sammelforschung lösen. So erfordern Zwillingsforschung, Begabtenforschung, Fruchtbarkeitsuntersuchungen an Geisteskranken, kriminalbiologische Untersuchungen, Untersuchungen der Nachkommen von nichtgeisteskranken, aber doppelseitig belasteten Eltern viel Material, Mittel und Arbeitskräfte. Aufgabe einer Sammelforschung durch eine Zentrale ist überhaupt die Gewinnung eines ausreichenden Materials von an sich gleichartigen Mendelschen Kreuzungen. Ein Zentralinstitut ist dazu da, die heute rapid anwachsenden Einzelergebnisse der verschiedenen erbbiologischen Forscher zu vergleichen, in logische Übereinstimmung zu bringen und klaffende Widersprüche aufzuklären. Jeder Art von Ursachenforschung ist vollste Aufmerksamkeit zu widmen, damit die mehr exogen durch Umwelt bedingten Störungen von den mehr erblich bedingten getrennt werden können. Die erbbiologischen Wurzeln und Zusammenhänge der physiologischen Dummheit, die wir mit dem Sterilisierungsgesetz direkt nicht erfassen können, müssen aufgedeckt werden. Die Obduktion sollte als selbstverständliche Pflicht des Arztes erklärt werden. Durch eine großzügige, das Reich umfassende Organisation muß die Sektion aller Krankenfälle einer Familie erwirkt werden, nicht bloß der in Krankenhäusern Verstorbenen. Dadurch würden viele Fälle von polymorpher oder polyphäner Vererbung ihre natürliche Aufklärung finden.

Die empirische Erbprognose von Erbgeistesgestörten selbst ist an noch größerem Material und an möglichst vielen Krankheitsformen auszubauen. Ungeheuer wichtig ist die Lösung der Frage, ob und wie man, bei rezessiven Störungen, die noch nicht krank gewordenen oder überhaupt nie krank werdenden R. R., bei den dominanten Störungen die D. R. Individuen erkennen kann. Eine der vordringlichsten Forschungsarbeiten ist heute auch die Heterozygoten- oder Zwieerblichkeits-Frage.

Ebenso wichtig wie die ausmerzende Rassenhygiene ist aber auch die positive, aufbauende. In dieser Hinsicht kann der Psychiater aktiv teilnehmen an dem Gesundheitsprozeß des Volksganzen, nur muß er sich befreien von dem einseitig auf ihn wirkenden Einfluß des Kranken, er muß hinaustreten in das Leben, um die Gesunden und Tüchtigen zu schützen vor den Angriffen der Erbkranken, sie in erster Linie zu warnen vor Verbindungen mit Trägern schlechten Erbgutes und sie zu ermuntern zur natürlichen Fortpflanzung mit ebenbürtigern Partnern.

Pflicht des psychiatrischen Hochschullehrers von heute ist ein Unterricht unter rassenhygienischem Gesichtswinkel. Alle vorzustellenden Fälle müssen vom rassenhygienischen Standpunkt aus besprochen, ihre Bedeutung für das Wohl der Rasse hervorgehoben werden. Die Erbkranken sind im Guten zu belehren, daß es unverantwortlich ist, gesundes Blut in das Erbverderben mit hineinzuziehen. Wollen sie nicht hören, hat sich der Psychiater mit den Erbgesunden gegen das Erbkranke zu verbinden. Der Psychiater, der täglich so namenloses Elend sieht, ist an erster Stelle berufen, das hohe Lied von Gesundheit, Begabung, Kraft und Güte zu verkünden. Sie sind in Wahrheit das höchste Gut des Menschen, die Grundlage alles Glücks, der Familie, des Staates, der gesamten Kultur überhaupt. Die beste Umwelt, die beste Religion können den Bösewicht nicht veredeln; das heißeste Gebet kann die kranke Erbanlage nicht beseitigen. Die tiefste Auffassung aller Pflichten gedeiht nur im Gehirn des gesunden Menschen, nur er ist zur Ausübung der Tugenden imstande, die eine Familie, ein Volk groß und glücklich machen.

Der Erreichung des idealen Zuchtzieles von Erbgesundheit und Begabung der Rasse sollen Psychiatrie und Rassenhygiene jederzeit voll und ganz dienstbar sein.

Vorträge: *Horst Geyer* (Kiel): Endogene und exogene Faktoren bei angeborenem Schwachsinn.

Vortr. berichtet über Untersuchungen, die er zur Frage der Verteilung endogener und exogener Formen des Schwachsinns an dem Material seiner Kieler Sprechstunde für psychopathische und nervöse Kinder angestellt hat. Benutzt wurde ein Krankengeschichtenmaterial aus den letzten zehn Jahren; es standen insgesamt 2020 ausführliche Familienanamnesen mit besonderer Berücksichtigung der aszendenten und der Geschwisterbelastung zur Verfügung. Schwachsinnig waren von diesen Kindern 239 = 11,8% (Anzahl der Schwachsinnigen bezogen auf die Normalbevölkerung nach *J. Lange* 1%!). Es fanden sich 5,8% idiotische, 65,7% imbezille und 28,5% debile Kinder. Nach Abzug derjenigen Kinder, von deren Verwandten nichts Sicheres zu eruieren war, ergab sich, daß unter 221 schwachsinnigen Jugendlichen 151 = 68,3% nachweisbar erbkrank waren, daß nur 70 = 31,7% nicht nachweisbar erbkrank waren. Von den nicht nachweisbar erbkranken Kindern waren 21 = 9,5% aller Kinder sicher exogen geschädigt; ohne nachweisbare exogene und endogene Schädigung blieben 49 = 22,2% der Kinder übrig. Das Verhältnis der sicher endogenen Schwachsinnsformen zu den sicher exogenen war folgendes: unter 172 schwachsinnigen Jugendlichen fanden sich geschädigt exogen 21 = 12,2%, endogen 151 = 87,8%.

Es wird auf die Schwierigkeit hingewiesen, daß der im Kommentar des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses geforderte Nachweis der sicher nur exogenen Verursachung oft schwer zu bringen ist, zumal aus neueren Arbeiten hervorzugehen scheint, daß vor allem endogen geschädigte Gehirne auf exogene Traumen spezifisch mit Schwachsinn reagieren. Es wären dann also quasi alle Schwachsinnigen zu sterilisieren. Vortr. empfiehlt, nicht zu schematisieren, sondern von Fall zu Fall, vor allem in Hinsicht auf die Fortpflanzungswahrscheinlichkeit zu entscheiden. Letzter und ausschlaggebender Gesichtspunkt kann nicht das Wohl und Wehe eines Einzelindividuums, sondern muß die Gesundung des Gesamtvolkskörpers

sein. Zum Schluß wird die Notwendigkeit gestreift, die negative Ausmerze der Minderwertigen durch positive Auslese der Gesunden zu ergänzen und sinnvoll zu machen.

W. Enke (Marburg a. d. L.): Konstitutionstypologie und Erbforschung.

Die namentlich im letzten Jahrzehnt immer mehr aufblühende Erbforschung am Menschen hatte zunächst die schwierige Aufgabe, die für dieses Sondergebiet der Erbforschung brauchbarsten Methoden zu finden und auszubauen. In wichtigen Punkten ist dies bereits geglückt. Man denke nur an die Zwillingsforschung, der wir in den letzten zehn Jahren besonders aufschlußreiche und einwandfreie Ergebnisse verdanken. Mit den systematischen Untersuchungen an eineiigen und zweieiigen Zwillingen wurde der Erbforschung ein verhältnismäßig sicherer Weg gegeben zur Feststellung der Erbechtheit bestimmter menschlicher Eigenschaften.

Bei näherer Betrachtung der bisher gefundenen erbechten Eigenschaften zeigt sich aber, daß sich die Ergebnisse mit nicht viel Ausnahmen fast ganz zusammenhanglos auf die allerverschiedensten Gebiete des gesunden wie kranken menschlichen Organismus beziehen. Sie bilden in ihrer Gesamtheit ein ziemlich unregelmäßiges Mosaik, das noch keinen Aufschluß gibt über irgendwelche inneren Beziehungen der bisher festgestellten erbechten Eigenschaften untereinander. Wir wissen z. B. durch die Zwillingsforschung, daß die Augenfarbe und die Refraktion des Auges vorwiegend erbbedingt ist. Ebenso kennen wir erbbedingte Eigenschaften seitens der Nase, der Zähne, der Haut, der Blutzusammensetzung, des vegetativen Nervensystems sowie einiger normaler seelischer Eigenschaften. Auf dem Gebiete der Erbpathologie verdanken wir der Zwillingsforschung entsprechende Feststellungen bezüglich der Infektionskrankheiten, und besonders aufschlußreich sind die Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Psychiatrie, wie Ihnen ja allen bekannt ist.

Aber es fehlt, wie gesagt, in den meisten Fällen jede Kenntnis eines inneren Zusammenhanges. — Daß die Ergebnisse vorläufig in der Hauptsache zusammenhanglose Einzelmerkmale betreffen, ändert natürlich nichts an dem hohen methodischen Wert der Zwillingsforschung. Diese Arbeitsweise war unbedingt nötig und sie wird es auch in Zukunft sein. — Aber um der Lösung der großen und dankbaren Probleme näher zu kommen, die heute der Erbforschung durch die Forderung einer praktischen Erb- und Rassenpflege mit besonderem Nachdruck gestellt sind, ergibt sich für die verwandten Forschungsgebiete gleichfalls eine wichtige Aufgabe. Es muß der Erbforschung Stoff und Inhalt dargeboten werden, an dem sie weiterhin ihre Methoden in fruchtbarer Weise anwenden kann. Nach der analytischen Detailarbeit, die stets zuerst der Gewinnung einer neuen Methodik folgt, an der sie gewissermaßen auf ihre Brauchbarkeit erprobt werden muß, hat dann die Methode Dienerin und Meisterin bei dem nun notwendigen synthetischen Aufbau zu werden. Mit anderen Worten: Die Erbforschung, gleichviel ob Familien- oder Zwillingsforschung, wird sich nicht mehr nur mit der Verfolgung einzelner Eigenschaften ihrer Probanden beschäftigen dürfen, sondern sie wird in allen Fällen zugleich das Körperliche wie das Seelische, zugleich das Gesunde und das Kranke in den Bereich ihrer Untersuchungen ziehen müssen. Sie wird in viel weiterem Maße als bisher außer dem ein-

zelnen Symptom den Menschen in seiner gesamten biologischen Einheit erfassen müssen. Die Erbforschung wird damit, was ja auch von einzelnen Erbforschern schon betont worden ist, wieder mehr vom grünen Tisch und vom Laboratorium weg an den ganzen Menschen getragen werden müssen, sei er nun im freien Leben oder in der Klinik, wenn es sich um kranke Erberscheinungen handelt. Dabei werden die statistisch-mathematischen, die deskriptiven, experimentellen, anthropologischen und klinischen Forschungsweisen nicht mehr nebeneinander, sondern Hand in Hand gehen und sich einander ergänzen müssen

Wenn man sich nun umschaut, wo diese synthetischen Gedankengänge in der Biologie, bzw. in der Medizin und in der naturwissenschaftlichen Psychologie vorhanden sind, so ist die Konstitutionstypologie naturgemäß eines der wichtigsten Gebiete. Sie bemüht sich um die Erforschung der Zusammenhänge: endokrin — Körperbau-Psyche, und zwar auf erbbiologischer Grundlage. Entsprechend ihrer mehrdimensionalen Blickrichtung sind ihre Forschungsmethoden sowohl statistisch-mathematische als auch deskriptive, anthropologische, sowie experimentell-psychologische und klinische. — In dieser Weise vorgenommene ausgedehnte Untersuchungen bis in die letzten Jahre haben zur Auffindung von Dispositionen oder Reaktionsneigungen geführt, die typische, immer wiederkehrende Beziehungen zu bestimmten körperlichen Eigenschaften aufweisen und die sich damit als relativ unabhängig von Umwelteinflüssen zeigen. Auf Grund dieser gesetzmäßigen Verhaltungsweisen betrachten wir diese elementaren Reaktionsneigungen auf körperlichem wie seelischem Gebiet als anlage- bzw. erbbedingt. Zum Unterschied von den durch die Umwelt geformten, phänotypischen komplexen Charaktereigenschaften bezeichnen wir sie als Grundradikale einer Persönlichkeit oder als Persönlichkeitsradikale schlechthin. Erst *sie* bilden in ihrer Gesamtheit den anlagemäßigen Kern einer Persönlichkeit, auf dem sich, wie gesagt, die durch die Umwelt geformte, phänotypische gesunde wie kranke Persönlichkeit aufbaut. Diese Radikale haben sich sowohl auf sinnes- wie denkpsychologischem Gebiet, wie auch auf psychomotorischem und affektivem Gebiete und auch auf chemisch-humoralem, also auf fast allen Gebieten körperlicher wie seelischer Erscheinungen, namentlich experimentell nachweisen lassen. Auf psychischem Gebiet lassen sich, um nur an einiges zu erinnern, Radikale feststellen bezüglich der affektiven Ansprechbarkeit oder Irritierbarkeit auf ganz bestimmte äußere Reize körperlicher wie seelischer Art, ferner verschiedene Denk-, Auffassungs- und Verarbeitungsarten, theoretische oder praktische Arbeitsweisen, das psychomotorische Tempo und damit das Arbeitstempo als solches, geistige und motorische Umstellbarkeit oder Beharrlichkeit, Ein- und Unterordnungsfähigkeit, Eigenarten der Körperbewegungen und Handfertigkeiten sowie verwandter Funktionen. Das Wesentlichste ist aber, daß sich die experimentalpsychologischen Untersuchungen nicht nur auf die Erforschung eines *Einzelmerkmales* auf irgendeinem Ausdrucksgebiet erstrecken. Sondern es werden auf allen wesentlichen Ausdrucksgebieten eines Menschen die typischen Merkmale aufgesucht. Die dynamisch wichtigsten sind die, die sich durchgängig auf allen Gebieten finden. Z. B. äußert sich das Radikal der Beharrlichkeit oder Perseveration nicht nur auf denkpsychologischem, sondern auch auf affektivem und psychomotorischem Gebiet. Es handelt sich demnach bei den Radikalen einer Persönlichkeit nicht um isolierte, untereinander zusammenhanglose

Einzelmerkmale, sondern sie haben alle Bezug auf den Gesamtaufbau der Persönlichkeit und deuten in ihrer Durchgängigkeit auf eine erblich gesetzmäßig festgelegte, sinnvoll arbeitende Ganzheit aller seelischen und körperlichen Vorgänge hin.

Gewiß kann die Konstitutionstypologie als solche keinen bündigen Beweis liefern für Grad und Umfang der Vererblichkeit der von ihr nachgewiesenen Radikale. Und noch weniger vermag sie die für die praktische Erbpflege unbedingt notwendige Kenntnis des Erbganges der einzelnen Radikale zu gewinnen. Wenn diese Radikale aber der Erbforschung zur Untersuchung auf ihre Erbechtheit und ihren Erbgang zur Verfügung gestellt werden, so dürfte dies zur Erkenntnis größerer, vielmehr wesentlicherer Erbeinheiten führen als z. B. die des symptomatischen und nicht grundlegenden Merkmales der Augenfarbe. Konstitutionstypologie und Erbforschung können hier in erfolgreicher Weise Hand in Hand arbeiten. Es genügt aber hierzu kaum, daß man sich einzelner Forschungsmethoden, z. B. aus der experimentellen Typenpsychologie, bedient, ohne Berücksichtigung aller übrigen ebenfalls unbedingt notwendigen konstitutionstypologischen Untersuchungen. Zweifellos sind die nach dieser Richtung hin erfolgten experimentalpsychologischen Untersuchungen an Zwillingen, z. B. mit dem *Rorschach*schen Formdeuteversuch, die u. a. den Beweis der erblichen Bedingtheit gewisser Intelligenztypen und seelischer Verhaltungsweisen (*v. Verschuer*) lieferten, äußerst wichtig. Ebenso auch der von *Frischeisen-Köhler* experimentell gelieferte Nachweis der Erbechtheit des persönlichen Tempos, das sich mit dem von *van der Horst* und von uns als konstitutionstypisch festgestellten Radikal des Eigentempos völlig deckt. Diese so wichtigen Ergebnisse bleiben aber, wie die meisten anderen Erbforschungsergebnisse, Mosaikstückchen ohne jeden erkennbaren Zusammenhang mit der biologischen Einheit des menschlichen Organismus, sofern sie nicht in Beziehung gesetzt werden können zu der übrigen körperlichen wie seelischen Gesamtverfassung der betreffenden Vpn., wie es die konstitutionstypologische Forschung tut.

Die Erbforschung ohne die Konstitutionslehre erschöpft sich da, wo die Grenzen der Methodik liegen; die Konstitutionsforschung da, wo die ordnende Hand der Erbforschung fehlt. Denn nicht die Statik der einmaligen Konstitution einer Persönlichkeit ist das Wichtigste — sondern das Gesetz ihres Werdens, das nur mit Hilfe der Erbforschung erkannt werden kann. Hingegen gewinnt die Zwillingsforschung — und in noch viel größerem Maße die Familienforschung, wo das Vergleichsmaterial eben nicht nur aus zwei Personen besteht und das Geflecht der Erbmerkmale schwerer zu entwirren ist —, wenn die Konstitutionsforschung in der Lage ist, grundlegende Merkmale in Form der erwähnten Radikale zur Verfolgung des Erbganges zur Verfügung zu stellen.

Die Erbforschung gesunder Erbeinheiten darf sich heute nicht mehr auf theoretische Arbeitsweisen und Ergebnisse beschränken, sondern sie muß immer mehr zu einer praktisch angewandten Erbforschung werden und kann es heute auch. Die Konstitutionstypologie kann dabei eine wichtige Hilfe bieten zu einem Verständnis dessen, woher der Erbstrom des Volkes kommt und wohin er führt. Vorläufig hat die Erbforschung fast nur Einzelergebnisse, die Konstitutionsforschung nur Ganzheitsergebnisse in der Einzelpersönlichkeit auffinden können. Von einem Zusammenarbeiten ist zu er-

warten, daß das erbmäßige Werden der Konstitutionen verständlich und dann durch die praktische Erbpflege beeinflußbar wird.

Pohlisch (Berlin): Nachkommen männlicher und weiblicher Morphinisten (Frage der Keim- und Fruchtschädigung).

Das Urmaterial beträgt 3550 männliche und weibliche Morphinisten. Es entstammt sämtlichen Berliner Anstalten, der Deutschen Forschungsanstalt und der Psychiatrischen Klinik in München und umfaßt die Morphinisten der deutschen Versorgungsämter. Etwa 2000 exakt ermittelte Fälle wurden verwertet und in den letzten fünf Jahren verarbeitet. Unsere Untersuchungen erstrecken sich auf die Fruchtbarkeit der Morphinisten, auf die Kinder männlicher und weiblicher Morphinisten und auf den Erbgang der Psychopathie.

Der Anteil der Ledigen ist bei Morphinisten 2—3mal so groß als in der Gesamtbevölkerung bei Berücksichtigung des gleichen Altersaufbaus, der Anteil der Geschiedenen etwa 10mal so groß, der der Verwitweten leicht übernormal.

Insgesamt ergibt sich eine erhebliche Unterfruchtbarkeit, teils durch die starke Verringerung der Verheiratetenquote, teils auch durch die geringe Fruchtbarkeit während der morphinistischen Zeit. Die Kinderzahl der Morphinisten insgesamt beträgt kaum halb so viel wie die der passenden Vergleichsbevölkerung. Dies hervorzuheben ist wichtig im Hinblick auf die später zu erörternde Frage der Sterilisierung.

Die Untersuchung der Kinder männlicher Morphinisten liefert einen Beitrag zur Frage der Keimschädigung. Bei Löwenmaul, Obstfliege und Maus sind Schädigungen des Erbgutes durch äußere Einflüsse experimentell erzeugt worden, und zwar als Mutationen, die erkennbar sind an gehäuftem Auftreten von Mißbildungen, Letal- und Subletalfaktoren. Nichts berechtigt zur Annahme, daß der menschliche Organismus hinsichtlich der Möglichkeit, durch äußere Einflüsse eine Keimschädigung zu erleiden, grundsätzlich eine Sonderstellung einnimmt; jedoch könnten die schädigenden Bedingungen, ferner die Art der pathologischen Erbmerkmale und deren Manifestationshäufigkeit durchaus von denen bei Pflanze und Tier abweichen. Bei Obstfliege und Löwenmaul z. B. wird durch direktes Heranbringen der Agentien an die Keimzellen eine maximale Schädigung gesetzt unter Bedingungen, wie sie beim Menschen nur äußerst selten vorkommen. Außerdem wird mit Inzuchtreihen gearbeitet. Wahrscheinlich sind auch die Mutationen bei Pflanze und Tier als weniger komplex aufzufassen und entstehen deshalb leichter als z. B. Psychopathie, Epilepsie und angeborener Schwachsinn.

Beim Menschen sind wir allerdings bisher nur auf die F 1 Generation angewiesen, also auf Untersuchungen von dominanten Mutationen, deren Auslösung dem Züchter ja gelungen ist. Für Alkohol und Röntgenbestrahlung ist der Nachweis beim Menschen nicht gelungen, und es fragt sich nun, wie die Verhältnisse beim Morphinismus liegen, dem bekanntlich eine deutliche Beeinträchtigung der Sexualfunktionen eigen ist. Auch sonst ist der Morphinismus besonders geeignet, weil die toxische Lebensepoche scharf von der nichttoxischen getrennt werden kann und die Dosen meist bestimmbar sind, so daß fast die Exaktheit eines Experimentes erreicht wird.

Nach äußerst vorsichtiger Auslese stehen uns 395 Kinder von männ-

lichen und weiblichen Morphinisten zur Verfügung aus Ehen mit mindestens einem Kind aus der toxischen Epoche. 305 Kinder stammen von männlichen, 82 von weiblichen Morphinisten und 8 von morphinistischen Ehepaaren ab. Während des Zeugungstermins bestand Morphinismus bei 70%, dagegen kein Morphinismus bei 30%. Von den Überlebenden haben wir etwa die Hälfte selbst untersucht, über die andere Hälfte liegen genaue Berichte vor. Nach dem Altersaufbau entfallen von 343 Kindern, die das Säuglingsalter überlebt haben, 169 auf das erste Jahrzehnt, 111 auf das zweite und 63 auf spätere Jahrzehnte.

Für die Nachkommen von männlichen Morphinisten sind als Indikatoren einer etwaigen Keimschädiguung im wesentlichen zu berücksichtigen: Säuglingssterblichkeit, Mißbildungen, angeborener Schwachsinn, genuine Epilepsie und Psychopathie. Soweit diese bei unserem Material vorkommen, erklären sie sich durch bereits im Erbgang vorhandene, gleichartige Anomalien oder entsprechen der Häufigkeit der Durchschnittsbevölkerung. Es besteht auch kein Unterschied zwischen den im und den außerhalb des Morphinismus gezeugten Kindern.

Bei sechs Probanden konnten wir die Deszendenten bis zur F 2 bzw. F 3 verfolgen; auch hier ließ sich Keimschädigung nicht nachweisen. —

Wir wenden uns dem Erbgang der Psychopathie bei Morphinisten zu. Um den Erbgang der Psychopathie überhaupt zu ermitteln, sind mehrere Schwierigkeiten grundsätzlicher Art zu berücksichtigen: Abgrenzung der Psychopathie von der Norm, Trennung des Exogenen vom Endogenen, Unexaktheit bei der Klassifizierung der Psychopathieformen und schließlich die Zerlegung des Einzelfalles in solche Persönlichkeitsmerkmale, die womöglich erbgenetische Radikale darstellen. Infolge dieser Schwierigkeiten sind wir bisher über den Erbmodus der Psychopathie noch sehr wenig unterrichtet; dennoch kann man, wie wir zeigen wollen, einen Schritt vorwärts kommen.

Konstitutionsuntersuchungen beim Probanden, also beim Morphinisten selbst, zeigen zunächst, daß es sich um andersartige Psychopathieformen handelt als etwa beim chronischen Alkoholisten. Es gibt keine psychopathische Anlage zum Süchtigwerden schlechthin. Wirkt sich die Psychopathie derart aus, daß gewohnheitsmäßiger Mißbrauch mit Suchtmitteln entsteht, so wird nicht wahllos zum Alkohol oder zu den Opiaten gegriffen, sondern in der Regel, je nach der Art der Psychopathie, eins von beiden bevorzugt. Das gleiche zeigt sich bei den Blutsverwandten der Süchtigen. Psychopathie findet sich bei Eltern- und Geschwisterschaften außerordentlich gehäuft. Für chronische Alkoholisten ergibt sich nun bei 22% der Brüder und 47% der Väter gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch, dagegen völliges Fehlen von Morphinismus. Andererseits findet sich bei Brüdern und Vätern der Morphinisten 3—4% Morphinismus und der gleiche Prozentsatz an gewohnheitsmäßigem Alkoholmißbrauch, was im Vergleich zur Erkrankungshäufigkeit der Bevölkerung deutliches Überwiegen des Morphinismus bedeutet.

Wir wenden uns nun den morphinistischen Probanden und ihren Kindern zu. Bei den männlichen Probanden fanden wir 79%, bei den weiblichen 89% und bei den Kindern beider Gruppen 26% Psychopathie.

Nach der Art der Psychopathie läßt sich das Gros der Morphinisten in zwei Gruppen aufteilen: die der ersten sind von frühester Kindheit ab empfindsam, wehleidig, weichlich, passiv und disponieren zu vegetativen Störungen. Deren Kinder, soweit sie Psychopathen sind, zeigen zu etwa 50% und zwar deutlich ausgeprägt, die gleichen Eigenschaften. Auffallend war wiederholt die erstaunliche Einfühlbarkeit in die Eigenarten des psychopathischen Elters, eine starke Hinneigung grade zu diesem und eine geringere zum lebenstüchtigen, unauffälligen Elter.

Bei der zweiten Gruppe beruht die Unausgeglichenheit auf ganz anderen Grundlagen. Diese Morphinisten sind nicht inaktiv, lasch, selbstunsicher, sondern aktiv, selbstsicher, äußerst geltungsbedürftig, außerdem unbeständig und ausgesprochen gemütsarm.

Diesen komplizierten Strukturaufbau finden wir ebenfalls zu etwa 50% bei den Kindern, wenn Psychopathie vorliegt. Selbst wenn man den Milieueinfluß berücksichtigt, so besteht trotzdem kein Grund daran zu zweifeln, daß es sich um Anlagegegebenheiten handelt. Allerdings läßt sich nicht eine einzelne Eigenschaft als Erbmerkmal isolieren, aber grade die Tatsache, daß sich sogar ein Komplex von abwegigen Eigenschaften bei Kindern wie beim Erzeuger findet, muß erbgenetisch als wichtig erscheinen. Es handelt sich also offenbar nicht nur um Vererbung der Psychopathie, vielleicht um dominante, sondern sogar von bestimmten Psychopathieformen. Diese Erfahrung wird man sich merken müssen, wenn später einmal erörtert wird, ob und inwieweit die Psychopathie in das Sterilisierungsgesetz aufzunehmen ist.

Das Einbeziehen dieser psychopathischen Morphinisten in das Sterilisierungsgesetz schon jetzt ist kaum erforderlich. Die Erkrankungshäufigkeit liegt unter 1 pro 10000. Die meisten sind älter als 40 Jahre. Die Fruchtbarkeit ist sehr gering; viele sterilisieren sich toxisch. Neue Morphinismusfälle entstehen kaum. —

Wir kommen zum Schluß auf die Kinder von morphinistischen Frauen zu sprechen. Der Morphinismus dehnt sich hier meist über eine so lange Zeit aus, daß die Entwicklung des Kindes vom Stadium des ruhenden Follikels bis zur Geburt oder gar bis zum Absetzen von der Brust der Mutter verfolgt werden kann. Toxikologisch gesehen, ist dies Material äußerst wertvoll, weil wir beim Weibe sehr wenig über den Einfluß chronischer Gifteinwirkung während dieser Generationsphasen wissen. Dies trifft merkwürdigerweise auch für den Alkohol zu.

Wir verfügen über 62 Geburten im Morphinismus der Mutter. Von der in- und ausländischen Literatur kommen seit etwa 1870 ungefähr 70, meist jedoch nur kurz mitgeteilte Fälle hinzu. 11 unserer Morphinistinnen konzipierten trotz mehrjähriger Amenorrhoe zu ihrer eigenen Überraschung, einmal auch zu der eines namhaften Gynäkologen, der zur Operation des »Tumors« riet. Kindsbewegungen können lebhafter als sonst auftreten, wenn die Mutter nicht rechtzeitig spritzt oder die gewohnte Morphinmenge reduziert. Toxisch bedingte Aborte scheinen nicht, wohl aber Frühgeburten häufiger vorzukommen. Der Geburtsverlauf scheint gelegentlich verlangsamt zu sein. Die Frucht ist regelrecht entwickelt, bis auf einen Fall mit Kloakenbildung, bei dem allerdings zwei Geschwister und die Mutter der Morphinistin debil waren. Bald nach der Geburt oder erst beim Absetzen von der Mutterbrust sind nun Entziehungserscheinungen beim Säugling eindeutig beobachtet worden:

außerordentliche Unruhe, Schwitzen, Nießen, Gähnen, Erbrechen, Durchfälle, Zyanose und heftiges Schreien. Von 8 Frühgeborenen unseres Materials starben 6, und von 51 regelrecht ausgetragenen starben im 1. Lebensjahr 12 und zwar meistens an Entziehungserscheinungen in den ersten Lebenstagen. Dazu kommen 3 Totgeburten, davon eine mazeriert durch Übertragung.

Nach alledem geht Morphin in das Fötalblut und in die Milch über, was übrigens auch im Tierversuch nachgewiesen wurde. Durch die Abstinenzerscheinungen kann die körperliche Entwicklung des Säuglings um Monate verzögert werden.

Von 41 Überlebenden unseres Materials entfallen 18 auf das erste, 10 auf das zweite Jahrzehnt und 13 auf spätere Jahrzehnte. Überraschend ist nun, daß bei diesen, ebenso wie bei den von *Entres* untersuchten Kindern eklamptischer Mütter, späterhin Anzeichen einer Fruchtschädigung nicht mehr nachweisbar sind. Das gleiche gilt für Keimschädigung. (Erscheint ausführlich: Thieme, Leipzig 1934.)

E. Fünfgeld (Frankfurt a. M.): Über den Erbgang der zykloiden Psychosen.

Nach kurzem Hinweis auf die Wichtigkeit der erbbiologischen Familienforschung für die Erforschung der zykloiden Psychosen werden eine Reihe von Stammbäumen solcher Personen betrachtet, die an Motilitätspsychosen und Verwirrtheiten gelitten haben. Diese Stammbäume lassen sich zwanglos in vier Gruppen einteilen:

1. Es findet sich gleichsinnige Vererbung, besonders innerhalb von Geschwisterreihen, gelegentlich auch von Eltern auf Kinder. Dabei sind die nichtpsychotischen Blutsverwandten häufig normal oder jedenfalls nicht gröber psychopathisch.

2. Verbindungen von zykloiden Erkrankungen mit dem zirkulären Irresein lassen sich in einer Reihe von Fällen nachweisen.

3. Ohne daß Psychosen in der Blutsverwandtschaft vorlagen, liegen in erheblicher Häufung Psychopathentypen in den Familien vor. An Typen finden sich erregbare, zappelige, phantastische, nicht selten auch Haltlose und Hysteriker, daneben aber auch Menschen mit Eigenschaften aus dem epileptischen Formkreis.

4. Bei einer kleinen Anzahl von Fällen weist die Blutsverwandtschaft einzelne Schizophrenien auf.

Es ist noch fraglich, ob diese verschiedenen Erbbilder biologischen Besonderheiten entsprechen. Kritische oder verlaufsmäßige Unterschiede der Psychosen haben sich bisher nicht mit Sicherheit finden lassen. Andererseits können diese Unterschiede auch nicht als rein zufällige, durch das Material bedingte, abgetan werden. Die biologische Bedeutung dieser verschiedenen Erbbilder zu klären, muß Ziel weiterer Untersuchungen sein.

W. Betzendahl (Berlin): Der Degenerationsbegriff und die endogenen Psychosen.

Nach einem kurzen Hinweis auf die Einführung des Entartungsbegriffs in die Psychiatrie durch *Morel* und *Magnan* und die Bedeutung individualistischer und kollektivistischer Wertungen dabei wurde das Degenerative im biologischen Sinne gefaßt. Dabei wurde vor allem zwischen regressiven und produktiven Abweichungen unterschieden. Hinsichtlich der ersteren ergab

sich ein Ausgangspunkt mit dem von *Bonhoeffer* präzisierten Begriff der Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins; er war nach seinen beiden Richtungen, zu manchen psychopathischen Veranlagungen und zu organischen Defektzuständen hin, des weiteren zu kennzeichnen. Unter Hinweis auf den Sprachgebrauch der sogenannten degenerativen Einschläge bei endogenen Psychosen wurde dann der Zugang zu den beiden Hauptformen, der Schizophrenie und dem Manisch-Depressiven, genommen. Dabei ergab sich Gelegenheit, zwei Gruppen aufzustellen innerhalb des schizophrenen Kreises, nämlich die vom Pubertäts-Typus und die vom klimakteriellen Typus. Im ersteren Falle führte die psychotische Entwicklung Neues mit sich, welches indessen mancherlei Analogien mit infantil-archaischen Strukturen zeigte. Im letzteren Falle griff die psychotische Rückbildung lediglich den vorhandenen geistigen Besitz an. Selbstgenugsamkeit bzw. Beeinträchtigungserlebnisse bezeichnen dabei die Einwirkung auf die Persönlichkeit. Im Gegensatz zum statischen Aufbau der schizophrenen Erkrankungen wurden die Manisch-Depressiven in ihrer Beziehung zur Zeitfolge, also genetisch, beleuchtet. Die psychische Veränderung ließ sich nach Maßgabe des Verhältnisses von werdender und geprägter Persönlichkeit charakterisieren. Das Entartungsmerkmal wurde hier lediglich darin gesehen, daß der letzte Erwerb im Zuge der psychischen Differenzierung: die Hereinnahme des Zeitschemas zum elementareren Raumschema bei der Herausbildung der Persönlichkeit nicht durchgehend aufrecht erhalten werden kann. Es wurde von einer periodischen Störung der Lebensökonomie gesprochen. Zum Abschluß wurde auf das heute ganz besonders wichtige Verhältnis zwischen Anlagemoment und Auslösungsbedingungen hingewiesen. Für die endogenen Psychosen muß die Aufgabe einer Nachprüfung der Wirksamkeit exogener Schädigungen in klinischer Hinsicht und der Bedeutung des eigentlichen Krankheitsfaktors in erbpathologischer als dringlich gelten.

Behnsen (Rickling i. Holst.): Zur Frage der Unfruchtbarmachung bei Alkoholismus.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sieht vor, daß auch unfruchtbar gemacht werden kann, wer an schwerem Alkoholismus leidet. Damit ist im Gegensatz zu den mehr oder weniger scharf umrissenen Erbkrankheiten eine Verhaltensweise, nämlich der übermäßige Gebrauch von Alkohol und der Grad der durch ihn verursachten Folgen, zum Kriterium für die Anwendung des Gesetzes geworden. Maßgebend ist danach nicht die Art des Alkoholismus oder die durch ihn hervorgerufene spezielle Erkrankungsweise, sondern lediglich der Grad.

In der Ausführungsverordnung wird dann das Wort »schwer« dahin erläutert, daß unter »schwerem Alkoholismus« der »schwere eingefleischte Alkoholist« zu verstehen sei. Andererseits wird aber ausgesprochen, daß es gänzlich verfehlt sei, zu lange mit der Unfruchtbarmachung zu zögern, weil sie keinen Sinn mehr habe, wenn schon eine Reihe von Kindern da sei.

Hier besteht insofern ein Widerspruch, als zur Voraussetzung für die Unfruchtbarmachung ein Krankheitsbild gefordert wird, das sich erst nach langdauerndem schweren Alkoholmißbrauch entwickelt und im allgemeinen erst dann die volle Ausbildung erreicht, wenn der Großteil der Zeugungen bereits erfolgt ist.

Unser Ricklinger Material aus den letzten zwei Jahren, das die über-

wiegende Anzahl der in Heilanstalten behandelten Alkoholiker Schleswig-Holsteins umfaßt und in dem sich die verschiedensten Formen und Grade von Alkoholismus finden, zeigt, daß von 169 Heilbehandlungsfällen nur 21 = $^1/_8$ vor dem 30. Lebensjahr standen, der Hauptteil, 105 = $^5/_8$ im Alter von 31—49 Jahren, also schon weit im Zeugungsalter fortgeschritten war, während der Rest von 43 = $^2/_8$ über 50 Jähriger praktisch wohl keinen weiteren Nachwuchs mehr erzeugte.

Obgleich das Material wahllos aus schwereren und leichteren Fällen zusammengesetzt ist, überwiegen schon hier im ganzen die höheren Altersklassen. Erst recht ist dies aber bei dem vom Gesetz gekennzeichneten Typ des »eingefleischten chron. Alkoholisten« der Fall, dessen ausgeprägte Formen sich naturgemäß ganz überwiegend in den höheren Altersklassen finden. Danach würde das Gesetz also zum großen Teil ins Leere treffen, weil die von ihm zunächst gekennzeichneten Fälle großenteils bereits praktisch nicht mehr zeugend tätig sind, ihr Nachwuchs aber bereits in weniger ausgeprägten Entwicklungsstadien gezeugt wurde.

Um die überhaupt möglichen Erfolge und die Grenzen des Gesetzes besser überschauen zu können, ist weiter erforderlich, die Kinderzahl bei Alkoholikern kennen zu lernen. Bei der Einbeziehung des »schweren Alkoholismus« in das Gesetz wirkte die Vorstellung mit, daß gerade der schwere Alkoholiker ganz besonders zahlreiche Kinder habe und daher dem Nachwuchs des Volkes von hier aus besondere Gefahren im Sinne einer Verschlechterung drohten. Diese Anschauung trifft heute offenbar nicht mehr allgemein zu. Bei unserm Material jedenfalls ist die Durchschnittskinderzahl klein, und es zeigt sich, daß die das ganze Volk mehr oder weniger beherrschende Geburtenbeschränkung vor den Alkoholikern nicht Halt gemacht hat. Eine große Kinderzahl stammt entweder aus älteren Zeiten oder von Vätern, in denen noch echter Vaterinstinkt und der Wunsch nach einer größeren Kinderschar lebte. Nur in verhältnismäßig wenigen Fällen finden sich größere Kinderzahlen bei schweren sexuell hemmungslosen Entartungstrinkern.

Die Notwendigkeit, wenn überhaupt wirksam, dann frühzeitig unfruchtbar zu machen, ist vom Gesetzgeber aber doch erkannt, denn in den folgenden Sätzen der Ausführungsverordnung spricht er aus, daß es ihm darauf ankomme, die durch Alkoholmißbrauch gekennzeichneten schweren Psychopathen und sonstigen Abnormen zu erfassen und bei ihnen, die meist das Opfer der Vererbung krankhafter und abnormer Veranlagung seien, die Keimbahn zu sperren. Hier wird also der Alkohol als Test benutzt, um krankhaftes Erbgut zu erkennen und aus dem Volkskörper auszuscheiden.

Diesen Widersprüchen im Gesetz zwischen eigentlich erstrebtem Ziel und vorläufig gekennzeichneten Formen liegen aber Unklarheiten in der Beurteilung des Alkoholismus in seinen verschiedenen Erscheinungsformen durch Ärzte und Psychiater zugrunde. In ihnen spiegelt sich wieder, daß infolge einer selbsttätig wirkenden verschiedenen Auswahl von Fällen die psychiatrische Klinik und die in der sozialen Fürsorge arbeitenden Ärzte es mit ganz verschiedenartigen Typen des Alkoholismus und der durch ihn bedingten Erkrankungsformen zu tun haben (worauf z. B. *Pohlisch* hinwies), daß infolgedessen ein Überblick und eine Zusammenstellung aller Erscheinungsformen des Alkoholismus und eine hiervon ausgehende Beurteilung und

Bewertung der einzelnen Typen in ihrer zahlenmäßigen, sozialen und erbbiologischen Bedeutung für den Volkskörper noch nicht erfolgt ist.

Es muß Aufgabe der Psychiatrie sein, dem Gesetz hier die nötigen Handhaben zu schaffen. Sie muß die frühen Entwicklungsstadien zu dem vom Gesetz gekennzeichneten Typ und Grad des chron. Alkoholisten herausstellen und die Kriterien liefern, nach denen die für die Erbgesundheit schädlichen Einzelfälle schon frühzeitig erkannt und der Anwendung des Gesetzes zugänglich gemacht werden können.

Bei derartigen Untersuchungen ist es nötig, eine Eigenschaft zu beachten, die bei der Entstehung und Entwicklung des Alkoholismus eine große Rolle spielt und ursächlich engstens mit ihm verknüpft ist. Dies ist die Reaktionsweise der Einzelpersönlichkeit auf den Alkohol. Sie bedingt zwei sich völlig gegensätzlich verhaltende Reaktionsarten, die Trunkfestigkeit und die Trunkfälligkeit, die ihrerseits wieder die Ausgangspunkte zu zwei völlig verschiedenen Arten und Entwicklungsweisen von Alkoholismus sind. Der Ausgangspunkt der einen Reihe ist der trinkfeste Gewohnheitstrinker. Mit Trunkfestigkeit wird einerseits die Fähigkeit bezeichnet, im Alkoholgenuß nach eigenem Willen zu beliebigem Zeitpunkte abbrechen zu können, andererseits eine gewisse Widerstandsfähigkeit gegenüber der Alkoholwirkung überhaupt. Ihr steht der Begriff der Trunkfälligkeit gegenüber, der dadurch gekennzeichnet ist, daß einem mit dieser Eigenschaft Behafteten die Fähigkeit abgeht, nach begonnenem Alkoholgenuß aus eigenem Willen aufzuhören. Ein Trunkfälliger muß vielmehr so lange weiter trinken, bis außerhalb seines Willens liegende Umstände ein weiteres Trinken unmöglich machen. Gleichzeitig sind mit dieser Unfähigkeit zu freiwilligem Aufhören und einem Zwang zum Weitertrinken häufig auch andere Schwächen und von der Norm abweichende Reaktionsweisen verbunden.

Trunkfestigkeit oder Trunkfälligkeit sind bei verschiedenen Menschen in verschiedener Ausprägung vorhanden. Trunkfeste Menschen sind im allgemeinen auch sonst irgendwie derbgesunde und kräftige Naturen. Die Reihe zum schweren chron. Alkoholismus führt bei ihnen, ausgehend von der Trunkfestigkeit über das gewohnheitsmäßige Trinken zu Toleranz- und Mengensteigerungen und in ihrer Folge wieder zu körperlichen und psychischen Veränderungen im Sinne des chron. Alkoholismus: Versimpelung in geistiger, ethischer und ästhetischer Beziehung, in höheren Graden Charakterdepravation. Es folgte eine Stufe, in der als Folge der toxischen Hirnschädigung durch den Alkohol das körperliche Merkmal einer sekundär erworbenen Trunkfälligkeit hinzutritt, so daß sich ein Zwischenstadium ergibt, in dem ein zunächst vorhandener chronischer Alkoholismus sich mit sekundärer Trunkfälligkeit verbindet. Aus dieser Verbindung entsteht dann die aktive Trunksucht mit dem Gefolge schwersten chronischen Alkoholismus, der zu dem klassischen Alkoholikerendtyp führt.

Am Beginn der zweiten Reihe steht die Trunkfälligkeit. Sie führt bei einem damit Behafteten bei jedesmaligem Alkoholgenuß zu einem Trinkexzeß. Dem gewohnheitsmäßigen Trinken der Trunkfesten entsprechen beim Trunkfälligen Trunkperioden, ihre zunehmende Häufigkeit, Dauer und Schwere entspricht der Toleranz- und Mengensteigerung des Gewohnheitstrinkers. Den körperlichen und psychischen Veränderungen im Sinne des chronischen Alkoholismus stehen Steigerungen psychopathischer Eigenschaften wie vermehrte Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Triebhaftigkeit, Erregbarkeit und

Willensschwäche bis zur Haltlosigkeit gegenüber, die Folgen der toxischen Wirkung des Alkohols auf das widerstandsfähige Gehirn und die labile seelische Struktur der Trunkfälligen sind. Mit Zunahme der Häufigkeit und Dauer der Perioden bilden sich nun auch hier die körperlichen und psychischen Veränderungen des chronischen Alkoholismus aus, so daß jetzt ein Zustandsbild besteht, in dem sich die ursprüngliche Trunkfälligkeit und ihre Begleiterscheinungen mit chronischem Alkoholgenuß und Veränderungen im Sinne des chron. Alkoholismus verbinden. Damit findet eine Angleichung mit jener Stufe aus der Reihe der Trunkfestigkeit statt, in der sich primärer chron. Alkoholismus und erworbene sekundäre Trunkfälligkeit verbinden. Die weitere Entwicklung führt zu schwerem chronischen Alkoholgenuß und endigt in demselben klassischen Endtyp des schwer trunksüchtigen eingefleischten Alkoholisten, in dem auch die erste Reihe ihren Endpunkt fand. In der schließlich völligen Verwischung der Merkmale des Ausgangstypus zeigt sich die nivellierende Wirkung der massiven Alkoholgiftwirkung.

Die in der Trunkfälligkeit sich äußernde Widerstandsschwäche gegenüber dem Alkohol ist aber außerordentlich häufig mit sonstiger körperlicher, geistiger und seelischer Minderwertigkeit verbunden. Hier zeigt sich die Bedeutung des Alkohols als Testobjekt zur Aufdeckung minderwertiger Veranlagung und minderwertiger Erblinien. Die Kennzeichnung der entsprechenden Formen durch die Psychiatrie gibt die Möglichkeit, das Gesetz frühzeitig, bei »Frühfällen« und so rechtzeitig in Anwendung zu bringen, daß der gewünschte Zweck erreicht wird.

Aber auch bei den schweren Fällen von chronischem Alkoholismus und Trunksucht jener Reihe, die von trunkfesten und derbgesund erscheinenden Persönlichkeiten ihren Ausgang nahm, gilt es, die neben den exogenen Faktoren mitwirkenden Schwächepunkte in der Persönlichkeitsanlage herauszuheben, die die Entwicklung zu schwerem Alkoholismus und das völlige Abgleiten erst möglich machten.

Reaktionsarten auf den Alkohol.

Reihe der Trunkfälligkeit.	Reihe der Trunkfestigkeit.
Ausgang.	
Einzelne Trinkexzesse.	Gewohnheitsmäßiges Trinken.
Trinkperioden.	Toleranz u. Mengensteigerung.
Entwicklung.	
Zunahme der Häufigkeit, Schwere, Dauer der Perioden.	Körperliche u. psychische Veränderung im Sinne des chron. Alkoholismus.
Steigerung psychopathischer Eigenschaften, Triebhaftigkeit, Willensschwäche, Erregbarkeit bis zur Haltlosigkeit.	Versimpelung geistig, ethisch, ästhetisch. Charakter-Depravation.
Hinzuerwerbung durch Alkoholvergiftung.	
von Veränderungen im Sinne des chron. Alkoholismus durch Häufigkeit des Alkoholgenusses.	von sekundärer Trunkfähigkeit.

Ergebnis.

Stadium der Angleichung.

Verbindung primärer Trunkfälligkeit mit sekund. Alkoholwirkungen.	Chron. Alkoholismus und sekund. Trinkfälligkeit.

Endstadium:

Aktive Trunksucht.

+

schwer. chron. Alkoholismus.

= Klassischer Alkoholiker — Endtyp.

Nivellierung durch massive Alkoholwirkung.

Aussprache zu den Referaten *Bumke u. Rüdin* sowie zu den vorstehenden Vorträgen:

Kehrer (Münster i. W.) betont, daß bei der engen Verbundenheit von Psychiatrie und Neurologie die nervösen Heredodegenerationen und -konstitutionen eine größere Beachtung, vor allem seitens der Eugenik, verdienen. Die genealogische Neurologie hat angesichts des neuen Erbgesetzes leider Grund, eifersüchtig auf die Psychiatrie zu sein, zumal jene Krankheiten in bezug auf Umfang, Genese, Anatomie, klinisches Bild, Verlauf und Erbgang heute schon wesentlich schärfer herausgearbeitet sind als die psychischen »Gesetzeskrankheiten«. Trotzdem nur sehr wenige Forscher sich mit diesen Heredodegenerationen beschäftigen, haben uns die letzten zehn Jahre bedeutsame Einblicke in ihre Nosologie verschafft, z. B. die Zusammenfassung der *Pelizäus-Merzbacher*schen Krankheit mit den diffusen Hirnsklerosen zur Leukodystrophia cerebri, der amaurotischen Idiotie-Formen und anderen Symptomenkomplexen wie z. B. der Verbindung: Ataxie, Retinitis pigmentosa und Cochlearisdegeneration als diffuse Lipoiddegenerationen usf. Ihre enge Beziehung zu den psychischen Systemerkrankungen ergibt sich z. B. aus der Stellung des Erbveitstanzes innerhalb des von *Kehrer* 1923 herausgestellten Systems der erblichen Nervenleiden zu angeborenem Schwachsinn, erblicher Epilepsie, schweren körperlichen Mißbildungen u. dgl.

Die Notwendigkeit ihrer Ausmerzung ergibt sich daraus, daß einzelne dieser zahlreichen Formen, wie z. B. die erblichen Myatrophien und die Heredoataxien, bis $2^1/_2$mal so häufig vorkommen, als der Erbveitstanz, ferner, daß die meisten dieser Kranken bis in die Jahre nach der Pubertät völlig gesund erscheinen, weiter schicksalsmäßig mit größter Regelmäßigkeit allmählich berufsunfähig und zuletzt viele Jahre fremder Pflege oder Wartung bedürftig werden, die sich zumeist nur in entsprechenden Siechenhäusern, Nerven- oder Irrenanstalten durchführen läßt. Die Indikation zur Unfruchtbarmachung ist somit bei ihnen in demselben, zum Teil sogar in höherem Maße gegeben als bei den vom Gesetzgeber ausdrücklich genannten krankhaften Zuständen.

Da es auf eine Vergewaltigung des Brauchsinns des Wortes »Mißbildung« hinausliefe, wollte man diese ausgesprochenen Krankheiten dadurch zu fassen versuchen, daß man sie nach Nr. 8 § 1 des Gesetzes als »schwere erbliche körperliche Mißbildungen« deutet, ist nach *K.* zu fordern, daß sie in einer Zusatzbestimmung oder in einer Novelle zum Gesetz besonders herausgehoben werden, etwa als »schwere erbliche Nerven- und Muskelkrankheiten« oder »schwerer erblicher Nervenschwund«.

Peter (Münster i. W.): Bei etwa 200 Sterilisierungsanträgen war bisher auffallend viel Epilepsie. Die Stellungnahme des Erbgesundheitsgerichts Münster geht dahin: Bei allen Fällen zuzustimmen, wo nicht symptomatische exogene Ursachen gefunden werden können, auch wenn die Erblichkeit im einzelnen Fall nicht nachgewiesen ist.

Stier (Berlin): Die Ärztekammer Berlin hat vor etwa einem halben Jahr die Einrichtung getroffen, daß Schwangerschaftsunterbrechungen von Berliner Ärzten ausgeführt werden dürfen, wenn die Gesundheit der Mutter durch Beendigung der Schwangerschaft schwer gefährdet wird und einer solchen Ansicht des behandelnden Arztes die von der Ärztekammer für die einzelnen Bezirke als Vertrauensarzt ein für allemal berufenen Fachärzte zugestimmt haben. Die Akten hierüber werden dann der Ärztekammer eingereicht. Die Erfahrung hat gezeigt, daß dem psychiatrischen Beratungsarzt fast ausschließlich Fälle zugeführt werden mit lediglich eugenischer Indikation, bei denen nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zwar Sterilisierung fast immer angebracht ist, die Bedingungen für Schwangerschaftsunterbrechung nach der heutigen Situation aber nicht erfüllt sind.

Herr Bumke hat in seinem Referat empfohlen, auch in Zukunft die eugenische Indikation für die Schwangerschaftsunterbrechung nicht zuzulassen, da sonst Mißbrauch zu fürchten wäre. Ich persönlich habe diese Anschauung bisher geteilt. Heute aber liegen die Dinge m. E. anders, seit wir in den Erbgesundheitsgerichten eine zweifellos sachverständige und objektive Instanz haben auch zur Beurteilung der Frage, ob eine eugenische Indikation vorliegt. Ich würde es daher für in höchstem Maße berechtigt und wünschenswert halten, bei einer Novelle zum Gesetz diesen Erbgesundheitsgerichten das Recht zu geben, neben einer Sterilisierung von erbkranken Frauen eventuell auch auf Unterbrechung der schon bestehenden Schwangerschaft zu erkennen. Eine solche Erweiterung der Befugnisse erscheint vom erbbiologischen Standpunkt aus um so mehr berechtigt, als bei der Sterilisierung ja nur der Krankheitsbestand des Individuums selbst und seiner Sippe bekannt ist, nach schon eingetretener Schwangerschaft aber, von Ausnahmen abgesehen, auch der Vater des zu erwartenden Kindes bekannt ist, und nach meinen Erfahrungen diese Männer bei den mir bisher vorgeführten meist schwachsinnigen und epileptischen Mädchen meist selbst im biologischen Sinne minderwertig waren, das zu erwartende Kind also doppelt belastet ist. Gerade die Geburt solcher doppelt belasteten Kinder zu verhindern, liegt aber durchaus im Sinne des Gesetzes. Da Herr *Rüdin* gerade anwesend ist, möchte ich mir erlauben, ihn auf diese unsere Erfahrungen hinzuweisen.

Dr. *H. Gückel*, Bezirksarzt der Stadt Nürnberg: Dem Herrn Vorredner (Dr. *Stier*-Berlin) muß ich angesichts der großen bevölkerungspolitischen Not in Deutschland entgegentreten. Schwangerschaftsverhütung und Abtreibung zehren am Mark des deutschen Volkskörpers. Die eugenische Prävention wäre, wie schon *Bumke* zeigte, ein ungeeignetes Mittel im Dienste der eugenischen Bevölkerungspolitik wegen der großen Ansteckungsgefahr für das Publikum, welches in diesem Verfahren eine staatliche Anerkennung öffentlicher Präventivpropaganda überhaupt erblicken wird. Dieses sogen. englische System führt noch rascher zum Volkstod als die Riesenziffern der Abtreibungsseuche es schon vermögen. Dies hat die Russen in der ursprünglichen Fassung der Semaschko-Gesetzgebung (zur Legalisierung des Abortus) veranlaßt, die öffentliche Präventivpropaganda mit Androhung schwerer Strafen

zu verbieten. Im Staate Mussolinis ist die Präventivpropaganda u. W. heute noch streng verboten.

Nun zur eugenischen Schwangerschaftsunterbrechung! 800000 Abtreibungen pro Jahr werden für Deutschland geschätzt. Die Ortskrankenkassen in der Stadt des Herrn Vorredners meldet mehr Fehlgeburten als Normalentbindungen im Jahre (Berlin). Der deutsche Ärztetag hat im Jahr 1925 die Einheitsfront der Ärzte gegen einen drohenden Einbruch der sozialen Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung nach russischen Rezepten zu sichern vermocht. Über die eugenische Indikation ist man damals mangels Verhandlungsgrundlagen als indiskutabel zur Tagesordnung übergegangen. Sogar in den Protokollen der russischen Abortuskommissionen spielt die eugenische Indikation zahlenmäßig fast keine Rolle. Vor der nationalen Revolution konstruierte man noch eine vierte Art von Unterbrechungsindikationen, gewissermaßen eine konventionelle, wenn bei außerehelicher Schwangerschaft sogen. bessere Damen aus der Gesellschaft dem Frauenarzt unter Selbstmorddrohung die Pistole auf die Brust setzen. Dabei wurden die zum Konzil zugezogenen Psychiater belobt, weil sie mit klinischem Scharfsinn den Ernst der Sachlage sofort erfaßt hätten und bereit waren, dem Gynäkologen zur selben Zeit den Konsens zur Unterbrechung zu erteilen, während es sonst in der Psychiatrie üblich ist, ähnlich gelagerte Fälle erst nach längerer Anstaltsbeobachtung für spruchreif zu erklären.

Dazu besitzen wir noch keine wirksamen Abwehrmaßnahmen gegen das Abortuselend, keine Abortusstatistik und keine Abortusgesetzgebung, am besten nach dem Vorbild Jugoslaviens mit Meldepflicht, mit einer dreigliedrigen Kommission und dem Amtsarzt an der Spitze und relativer Unentgeltlichkeit der Operation bei ausschließlicher medizinischer Indikation.

Die Gefahr des Mißbrauches bei Einführung der eugenischen Indikation ist groß. Sub forma Eugenik werden soziale und konventionelle Motive sich einzuschleichen versuchen; ebenso besteht die Gefahr, daß die Abortusmoral der jüngeren Ärzte gelockert wird und die diesbezügliche Mentalität des Publikums sich weiter verschlimmert. Die Einführung der eugenischen Indikation würde das Sterilisationsgesetz in weiten Volkskreisen weltanschaulich belasten. Das Zahlenverhältnis der freiwilligen Sterilisationsfälle ist in der freien Bevölkerung lange nicht so hoch, als es die Anstaltsärzte gestern und heute von ihrer asylierten Klientel berichtet haben. Wir Amtsärzte müssen draußen oft viel Mühe und Zeit anwenden, um durch Aufklären und Zureden beim vorgeladenen Erbkranken ohne Zwang bei der Erstellung des Gutachtens vorwärts zu kommen, so wie es im Geiste des Gesetzes liegt, und wir werden es wohl so weit bringen, daß das Publikum bei geeigneter Behandlung Vertrauen zum Gesetze gewinnt.

Es wird jedoch schwer halten, die Öffentlichkeit, so weit weltanschaulich enger gebundene Volkskreise besonders in katholischen und auch protestantischen Landesteilen in Betracht kommen, davon zu überzeugen, daß diese Maßnahme notwendig ist oder, daß sie nicht untragbare Gewissenskonflikte schafft. Wenn hier festgestellt wurde, daß die eugenische Indikation bei verantwortungsbewußter strenger Auslese der Fälle im Vergleich zu den Sterilisationsfällen zahlenmäßig nur eine geringe Rolle spielen würde, so dürfte es sich nicht lohnen das Sterilisierungsgesetz indirekt unnötig zu belasten; noch viel weniger aber läßt es sich vertreten, eines Augenblickserfolges wegen den wichtigsten bevölkerungspolitischen Grundsatz zu durchbrechen: Hand weg

vom keimenden Leben. — Ich bitte deshalb die Herren unter Ihnen, die als Sachverständige zur Beratung von Ergänzungsgesetzen zugezogen werden sollten, sich dafür energisch einzusetzen, daß die eugenische Schwangerschaftsunterbrechung nicht als gesetzesfähig fundiert werden kann, da es uns ja vielmehr gelingen muß, einen förderlichen Ausgleich zwischen quantitativer und eugenischer Bevölkerungspolitik zu schaffen zum Segen des deutschen Volkes.

Dr. Dr. *Sperlich,* Oberbürgermeister i. R. (Münster i. W.): Meine Damen und Herren, deutsche Volksgenossen! Ein kurzes Wort darf ich sprechen als Vertreter des Reichsbundes der Kinderreichen in Ihrem Kreise, die Sie sich heute in so tiefgründigen Referaten und Vorträgen mit der Lebensfrage des deutschen Volkes, der Sicherung einer ausreichend und unbedingt erbgesunden Nachkommenschaft, befassen. Der Reichsbund der Kinderreichen ist nach § 2 seiner Satzung jetzt »ein bevölkerungspolitischer Kampfbund, der nationalsozialistisches bevölkerungspolitisches Denken in das Volk hineintragen will«. So ist er Ihr Bundesgenosse, ich darf sagen: Ihr bester Bundesgenosse in Ihrem oben gekennzeichneten Kampfe. Zu Ihrer praktischen Kleinarbeit darf ich nur eine Anregung geben: Einer der Herren Referenten gab eine Statistik über die Herkunft der hilfsschulbedürftigen Kinder. Bei der Feststellung der Ziffer, welche dieser Kinder aus kinderreichen Familien stammen, bitte ich die Statistik dahin zu erweitern, daß festgestellt wird, welche von diesen hilfsschulbedürftigen Kindern aus erblicher Anlage hilfsschulbedürftig geworden sind und welche es wurden im Anschluß an Kinderkrankheiten wie Masern, Scharlach, Kinderlähmung u. dgl. Als ich noch die Ehre hatte von Anfang 1920 bis Anfang 1932 als Oberbürgermeister an der Spitze dieser schönen Stadt zu stehen, hat in den ersten Jahren meiner Tätigkeit der leider zu früh verstorbene Stadtarzt, Stadtrat Dr. *Luig,* bei einer Erhebung über die Herkunft der hilfsschulbedürftigen Kinder in Münster, in Richtung sowohl ihrer Geschwisterzahl wie auch der Ursache der Hilfsschulbedürftigkeit festgestellt, daß ein sehr hoher Prozentsatz der aus kinderreichen Familien stammenden hilfsschulbedürftigen Kinder hilfsschulbedürftig geworden war infolge solcher Kinderkrankheiten. Eine solche Statistik ist wertvoll nicht nur für uns vom Standpunkt des Ansehens unserer kinderreichen Familien aus, sie wird wertvoll sein auch für die Arbeit der Schule selbst und für Ihre eigene Arbeit.

Darüber hinaus: ein kurzes Wort zu dem Grundsätzlichen dieses Teiles Ihrer Arbeit: »Erst seit der Geburtensturz der Gesunden so verhängnisvoll in Erscheinung trat, ist das Problem der geistigen Erkrankungen brennend geworden«, sagte einer der Herren Referenten. Darüber hinaus wurde brennend das Problem des Völkertodes, der immer rascher absinkenden Ehemoral, auf wirtschaftlichem Gebiete die Schwächung der in das erwerbsfähige Alter eintretenden Jahrgänge.

Die Verhinderung des Geburtensturzes und seiner Folgen wollen Sie erreichen durch die »Erziehung des ärztlichen Nachwuchses zu erbbiologischem und rassehygienischem Denken«. Wir wollen das ganze Volk durch das Beispiel unserer kinderreichen Familien im gleichen Sinne erziehen dadurch, daß wir ihm nicht nur kinderreiche, sondern auch kinderfrohe Familien zeigen, kinderreiche und kinderfrohe Familien mit nur erbgesundem Nachwuchs. Zur Hebung der deutschen Geburtenrate der erblich erwünschten, zur Verhinderung der erbgefährlichen Nachkommenschaft rufen Sie mit Ihrem Herren Referenten »hinein in die Fürsorge für die erbgesunde Erbanlage«, wir stim-

men ein in diesen Ruf; wir erweitern ihn, indem wir hinzu setzen: »hinein in eine ausreichende Fürsorge für die erbgesunde Familie, die ihre Erbtüchtigkeit erwiesen hat« auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge, der Erziehungsfürsorge, der Ernährungsfürsorge usw. Sie wissen es selbst, wo der Hebel angesetzt werden muß.

Die »negative Ausmerze« und die »positive Auslese«, die Ihr Herr Referent fordert, werden dann erreichen, daß das Wort eines Franzosen wirklich wahr wird, das er im Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst kürzlich im Anschluß an eine Besprechung über das Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses sagte: »Wenn dieses Gesetz durchgeführt wird, dann ist das deutsche Volk ja in zwei Generationen das gesündeste Volk der Welt«. Die positive Auslese wird dafür sorgen, daß es dann nicht nur das gesündeste, sondern auch das tüchtigste Volk der Welt ist und bleibt!

In diesem Sinne Ihrer Arbeit namens des Reichsbundes der Kinderreichen Deutschlands und im eigenen Namen ein von Herzen kommendes Sieg Heil!

Kaldewey (Eickelborn): Hinweis darauf, wie notwendig in der Psychiatrie, Neurologie und der damit zusammenhängenden erbbiologischen Forschung genaueste körperliche Befundaufnahmen und Symptomregistrierungen sind. Diese Materialsammlung soll uns die Basis schaffen, auf der Keimblattschädigungen isolierter und systematischer Art begründet werden können. Am Beispiel der tuberösen Sklerose, des status dysraphicus wird gezeigt, welche Richtung hier eingeschlagen werden muß. Unsere Arbeit wird daher eine Keimblattpathologie werden müssen, um zu einer Fundierung erbbiologischer Erkenntnisse zu kommen. Solche Symptombestandsaufnahmen werden uns dann auch eines Tages in die Lage versetzen, Rückschlüsse zu ziehen auf den inneren Zustand irgendwelcher Organsysteme, wie z. B. des Zentralnervensystems, und werden damit auch das Material abgeben zu einer exakten individuellen Zustands- und Erbdiagnose.

Stamm (Hannover): Ref. hält es für dringend erforderlich, daß sich die psychiatrische Betreuung nicht wie bisher hauptsächlich auf Erwachsene erstrecke, sondern auch die Jugendlichen erfasse. Schon im frühen Kindesalter seien krankhafte psychische Veranlagungen zu erkennen und mit weit besseren Erfolgen therapeutisch zu beeinflussen als nach der Pubertätszeit. Insbesondere verspräche eine psychiatrische Erfassung psychopathischer Kinder recht gute Heilresultate.

Bumke (Schlußwort): Ich möchte mich nur kurz zu den Ausführungen des Herrn Kollegen *Stier* äußern und sagen, daß, wenn die Unterbrechung einer Schwangerschaft aus eugenischer Ursache durch das Erbgesundheitsgericht genehmigt werden müßte, meine Bedenken natürlich im wesentlichen zerstreut wären. Die Frauen, an die ich gedacht habe, werden sich an das Erbgesundheitsgericht gewiß nicht wenden.

Vortrag: *Schultze, Ernst* (Göttingen): Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung (24. XI. 1933).

Ref. bespricht zunächst den § 51 StGB. in seiner neuen Fassung. Er wünscht nicht eine besondere Berücksichtigung der Geistesschwäche, hält sie nicht nur für unnötig, sondern auch für unerwünscht. Daß verminderte Zurechnungsfähigkeit mit einer nur fakultativen Strafmilderung eingeführt wird,

ist sehr zu begrüßen. Ebenso § 330a, nach dem die schuldhafte Herbeiführung eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rausches durch den Genuß geistiger Getränke oder durch andere berauschende Mittel bestraft wird, wenn in diesem Zustande eine mit Strafe bedrohte Handlung begangen wird. Eingehender werden die Maßregeln der Sicherung und Besserung erörtert. Zunächst allgemein in grundsätzlicher Beziehung, dann hinsichtlich einschlägiger prozessualer Vorschriften. Weiter werden insbesondere besprochen die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt, getrennt für Zurechnungsunfähige und vermindert Zurechnungsfähige, sowie die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsheilanstalt; alles dies hinsichtlich der Voraussetzungen in ärztlicher und rechtlicher Beziehung, des Ortes der Unterbringung, ihrer Dauer und der Prüfung der Berechtigung einer weiteren Unterbringung sowie der Entlassung. Ref. betont, daß die Wünsche der Psychiater, insbesondere soweit er sie auf den Tagungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie in seinen Referaten vorgebracht hat, fast restlos erfüllt sind, und verspricht sich von der Novelle einen wirksamen Schutz der Gesellschaft gegen pathologische Rechtsbrecher. Er legt Wert darauf, daß in dem § 80a und 81 der StPO., der übrigens erfreulicherweise die Beobachtung in einer Heil- und Pflegeanstalt schon im Vorverfahren ermöglicht, ausdrücklich ein Arzt als Sachverständiger verlangt wird, wie es der neugeschaffene § 246a StPO. vorsieht; nach ihm ist ein solcher in der Hauptverhandlung, wenn mit einer Unterbringung des Angeklagten in einer Heil- oder Pflegeanstalt, einer Trinkerheilanstalt oder einer Entziehungsanstalt gerechnet werden muß, über den geistigen und körperlichen Zustand des Angeklagten zu vernehmen. (Ausführliche Veröffentlichung im Arch. f. Psych.).

III. Referat: *Jacobi-Löhr* (Magdeburg): Fortschritte in der kombinierten Encephal-Arteriographie.

Die Arteriographie mit Thorotrast unter Anwendung der von uns angegebenen Technik ist von allen operativ-diagnostischen Untersuchungsmethoden des Zentralnervensystems die ungefährlichste Methode; sie wird vor allem wesentlich besser vertragen als die in der Hirndiagnostik bei weitem mehr eingeführte Encephalo- oder Ventriculographie. Dem dient zum Beweise, daß man die Arteriographie ohne nachteilige Folgen ausführen darf bei allen Gehirnerkrankungen, selbst solchen mit den allerschwersten Erscheinungen, bei Patienten, die bereits im Koma liegen und bei frisch Verunfallten, besonders solchen mit schweren Schädelverletzungen. Die Gefahr der kombinierten Encephal-Arteriographie beruht lediglich auf der Wirkung der Encephalographie, die hinreichend bekannt ist.

Unsere Erfahrungen an einem nicht geringen Hirntumoren-Material haben das Ergebnis gebracht, daß die Encephalographie bei Hirntumoren am besten nicht ausgeführt wird, daß man hier vielmehr die Ventriculographie nach Dandy anwenden soll und am besten diese diagnostische Operation unmittelbar vor die eigentlich geplante Hirnoperation legt. Sie bildet dann also den Schlußstein der umfangreichen Diagnostik, welche mit der exakten neurologischen Diagnostik beginnt, über die Augen- und Ohrenuntersuchung zur Arteriographie, dann zur Ventriculographie überführt mit sofort daran angeschlossener Operation.

Die Arteriographie kann bei schweren Hirnsklerosen die Gefäßkrankheiten selbst im Bild zur Darstellung bringen. Das gleiche gilt von schweren syphilitischen Veränderungen der Gehirngefäße mit Aneurysmenbildungen

(Demonstration eines luischen Aneurysmas der A. cerebri anterior). Die Arteriographie zeigt uns ferner Aneurysmen nach Verletzungen, ja, sie ist imstande, den verschiedensten Kontraktionszustand der Gefäße des Gehirns eindeutig zu zeigen bei Blutungen, Meningitis und bei den verschiedensten Krankheiten des Gehirns, die mit erheblichen Tonusveränderungen der Gefäße und der Druckverhältnisse im Schädelraum einhergehen. (Demonstration einer frischen Hirnblutung mit Zerreißung der A. carotis interna mit arteriovenösem Aneurysma).

Die Arteriographie ist schließlich berufen, über die Durchströmungsphysiologie des Gehirns Aufschlüsse zu geben.

Bei einer Arteriographie wird beim gesunden Menschen immer nur der Gefäßbereich einer A. carotis interna dargestellt. Trotz der mächtigen Kommunikationen der Karotiden von einer Hirnhälfte zur anderen und nach hinten über die A. basilaris zur A. vertebralis hin wird normalerweise in einem Arteriogramm nur der Gefäßbezirk der A. carotis interna dargestellt, niemals aber durch Thorotrastübertritt ein Gefäß im Bereich der kontralateralen A. carotis interna oder der A. vertebralis. Bei Druckveränderungen im Schädelinnern ändert sich dieser Normalzustand grundsätzlich. Am konstantesten findet man das bei Hirntumoren der vorderen und mittleren Schädelgrube, aber auch, wenn auch nicht mit der gleichen Regelmäßigkeit, der hinteren Schädelgrube. Es kommt hier durch den erhöhten Hirndruck auch zur Darstellung der A. cerebri anterior der kontralateralen Seite. Normalerweise ist der Druck in einer A. carotis interna gegen den der kontralateralen Seite überaus fein abgestimmt. Wir sehen außer bei Druckveränderungen des Schädels durch Tumoren oder einen Hydrocephalus nur noch perverse Gehirndurchströmungen bei Kaliberveränderungen der Hauptarterien einer Seite, wie das bei der Arteriosklerose von uns am häufigsten beobachtet wurde. Wir zeigen ein Bild, wo bei der Injektion der A. carotis interna der einen Seite es zur Füllung der A. carotis interna der anderen Seite kommt, eine bildliche Darstellung des Strömens von einer Carotis gegen den Strom der anderen. Bei drei Patienten fanden wir die A. carotis interna bis zum Sinus caroticus vollkommen obliteriert.

Daß man auch künstlich durch Druckveränderungen perverse Durchströmungen des Gehirns erzielen kann, zeigt das Beispiel eines hochgradigen Hydrocephalus, bei dem die Arteriographie ein regelrecht liegendes Arteriogramm ergab, wohingegen die Arteriographie bei dem gleichen Patienten nach Anlegen einer Ventriculographie ein starkes Hinüberströmen des Blutes von einer A. carotis nach der anderen Seite hin zeigte. Diese letzten Demonstrationen sind der bildlich erfaßte Beweis von Änderungen der Gehirndurchströmung im Anschluß an eine Ventriculographie, die um so ausgesprochener sein dürften, je größer und je ungleichmäßiger die Ventrikelerweiterungen sind. Damit ist auch ein Hinweis gegeben auf die Gefahren, welche die Ventriculographie bei anderen Krankheitszuständen des Gehirns mit geänderten Hirndruckverhältnissen und erhöhter Reizbarkeit, vor allen Dingen bei Hirntumoren, mit sich bringt.

Die Arteriographie fand bisher Anwendung bei etwa 50 Hirntumoren. Außerdem wurde eine Reihe von Arteriogrammen durchgesehen, die uns von befreundeter Seite übermittelt wurden. Dieses Material ist naturgemäß noch viel zu klein, um definitive Richtlinien für die Anwendung der Ventriculographie und der Arteriographie jetzt schon klar herauszustellen. Mit Sicherheit läßt sich zusammenfassend folgendes sagen: Die Arteriographie ist allein befähigt, bei Gefäßkrankheiten des Gehirns diese aufzudecken. Gefäß-

anomalien werden ebenfalls in ihrer Ausdehnung durch das Arteriogramm in der hervorragendsten Weise dargestellt (Angiom des Gesichts und Gehirns). Die gar nicht so seltenen arteriovenösen Aneurysmata können nur durch das Arteriogramm zur Kenntnis gebracht werden. Demonstration eines operierten arteriovenösen Aneurysmas der Parietalgegend, durch das Arteriogramm deutlich gemacht, im Ventriculogramm nicht zu erkennen. Darüber hinaus wird der Ausbau der speziellen Tumordiagnostik durch das Arteriogramm zweifellos gefördert werden bei allen anderen gefäßreichen Tumoren, vor allen Dingen dem Meningeom (Demonstration mehrerer Fälle), da hier die feinsten Verästelungen der Gefäße zur Darstellung gelangen können, besonders bei Vergrößerungen der Bilder. Aber auch wenn die Tumoren nicht sehr gefäßreich sind, so ist ihr Größenausmaß oft durch einen Kranz gestauter Gefäße, vor allen Dingen Venen, und damit ihre Operabilität zur Darstellung zu bringen. Außerordentliche Venenstauungen kann man bei Zuständen mit starkem Hirndruck z. B. bei einem Hydrocephalus sehen, die in einem Normalbild niemals so deutlich zur Darstellung gelangen.

Ein weiteres Zeichen, wodurch ein Tumor im Arteriogramm sichtbar gemacht wird, ist die Verlagerung der Gefäße. Demonstration von Arteriogrammen riesiger inoperabler Tumoren mit schnellem Wachstum (Spongioblastoma multiforme). Ferner Demonstration von typisch lokalisierten Tumoren im Schläfenlappen (drei Fälle), von Hypophysentumoren (sechs Fälle), eines riesigen Cholesteatoms der mittleren Schädelgrube und eines Schläfenabzesses. Die Tumoren der hinteren Schädelgrube sind direkt durch das Arteriogramm nicht zur Darstellung zu bringen. Das Arteriogramm ist hierbei aber doch wertvoll, weil Stirnhirn- und Schläfenlappentumoren abgegrenzt werden können. Typisch im Arteriogramm von Kleinhirntumoren ist das beiderseitige Hochgehobensein und Nachvorngeschobenwerden der Gefäße aus der A. carotis interna bei gleichzeitig stärksten Stauungserscheinungen (Venendarstellung) in der Peripherie. Bei zwei Fällen Darstellung von sonst im Arteriogramm nie zu sehenden Kommunikationen nach der A. vertebralis hin, ein Zeichen des starken Druckes, der auf der A. vertebralis liegt. Zum Schluß Demonstration eines riesigen Schläfenabzesses, bei dem nicht nur die Verlagerung der Gefäße, sondern auch die eigenartige Tonusveränderung der in unmittelbarer Nachbarschaft liegenden größeren Hirngefäße zutage tritt.

Vorträge: *Albrecht* (Berlin): Diagnostik der Hirntumoren nach Arteriographie. (Referat nicht eingegangen.)

Pönitz (Halle S.): Encephalographie und Paralyse.

Der Vortrag war als Ergänzung des Referats von *Jacobi* gedacht, das ursprünglich die Encephalographie in der Psychiatrie behandeln sollte, später aber abgeändert wurde. Vortragender, der s. Zt. als erster empfohlen hat, die Encephalographie zum Zwecke der Prognostik der Malariabehandlung gegebenenfalls zu verwenden, stellt die Erwägungen zusammen, auf Grund derer er das Verfahren der Encephalographie eingeführt hat und die Ergebnisse, die er im positiven Sinne damit erzielt hat, wie auch mehrere Nachprüfer des Verfahrens. Encephalogramme illustrieren die Ausführungen, wobei nochmals auf die Arbeit in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 117 S. 491, hingewiesen wird, und eine neuerlich erschienene zusammenfassende Arbeit von *Edmur da Costa Pimentel,* die prognostische Studien zur Paralyse mittels Encephalographie bringt (Sao Paulo. 1933).

Aussprache zum Referat *Jacobi* und den daran anschließenden Vorträgen:

Blumensaat (Münster W.) spricht zur Technik der Arteriographie, da dieselbe für eine mögliche Schädigung durch den Eingriff von maßgeblicher Bedeutung ist. An der Chirurg. Univ.-Klinik Münster trat nach der Arteriographie bzw. am folgenden Morgen bei zwei Tumorpatienten Exitus unter den Zeichen eines akuten Kollapses auf. Örtliche Ursachen am Gehirn (Embolie, Gefäßschädigungen) konnten durch Sektion ausgeschlossen werden, desgl. kam eine Ventriculographie ursächlich für den Exitus nicht inbetracht. Als Erklärung wird vielmehr eine Schädigung auf dem Wege des Sinusreflexes bezw. des denselben auslösenden nervösen Apparates im sog. Sinus caroticus der Art. carotis int. angenommen. Eine Schädigung ist ja entweder durch den in den Sinus erfolgenden Einstich oder durch Zerstörung beim Abpräparieren des periadventitiellen Gewebes oder durch Druck möglich. Während man akute unphysiologische Reize durch Novokain-Blockade ausschalten kann (was *Jacobi* und *Löhr* auch schon taten, allerdings aus einem anderen Grunde, nämlich um beim Abpräparieren auftretende Schmerzen zu vermeiden), so werden die durch Zerstörung nervöser Bestandteile gesetzten Reize bezw. Reflexe erst nach Aufhören der Anästhesie wirksam und halten entsprechend der anhaltenden schädigenden Noxe längere Zeit an. Wir haben daher zur Vermeidung dadurch möglicher zentraler reflektorischer Schädigungen uns angewöhnt, die Arteriographie durch Einstich oberhalb des Sinus caroticus in die Art. carotis interna vorzunehmen, das Abpräparieren des periadventitiellen Gewebes zu lassen, auch die Lösung der Carotis comm. und int. aus ihrem Bett, sondern führen nur noch oberhalb des Sinus caroticus vorsichtig einen Deschamps unter die Carotis interna hinweg, um sie an dieser Stelle bei der Injektion etwas anzuziehen. Daß der Sinus und die benachbarten Arterienstrecken mit Novokain vorher blockiert werden, wurde schon hervorgehoben. Durch diese technische Ausführung der Arteriographie ist zu hoffen, daß Störungen oder gar Exitus vermieden werden.

Ohnsorge (Münster i. W.): Arteriographie, Encephalographie und Ventriculographie haben ihr eigenes Indikationsgebiet. Gefäßprocesse lassen sich naturgemäß nur durch Arteriographie nachweisen. Das Epilepsiegebiet und die Fälle, in denen nur geringer Verdacht auf Tumor cerebi besteht, lassen sich durch Encephalographie klären. Ob Ventriculographie oder Arteriographie in Zukunft bei den sicheren Hirntumoren die Methode der Wahl sein werden, muß sich noch klären.

P. Sunder-Plaßmann (Münster i. W.) weist darauf hin, daß die »Sinusreflexe« für die intrazerebrale Arteriographie insofern von Bedeutung sind, als man ja bei der Injektion des Thorotrastes in den Anfangsteil der A. carotis int. mit der Punktionsnadel eingeht; hier aber befindet sich der »Sinus caroticus«, in dessen Wandung die hochdifferenzierten, Reiz aufnehmenden Nervenapparate der Sinusreflexe lokalisiert sind, die Ref. an Hand von Diapositiven demonstriert. Es steht heute fest, daß die Sinusreflexe einen dauernden Einfluß ausüben auf Vagus-, Vasomotoren- und Atmungszentrum, sowie auf das Mittelhirn. Die adäquaten Reize für die Sinusreflexe sind Dehnungs- bezw. Druckreize, wie sie nun auch in unphysiologisch hohem Ausmaß bei Operationen in dieser Gegend zur Auswirkung kommen müssen. Um nun unter Umständen recht unangenehme Schokwirkungen zu vermeiden, ist es sehr zu empfehlen, bei allen Operationen in dieser Gegend der hochrezeptiven, reflexogenen Gefäßzone des Sinus caroticus, insbesondere auch bei der Arteriographie, sehr energische Lokalanästhesie anzuwenden, da es nur so möglich ist, die

nervösen Aufnahmeapparate der Sinusreflexe von der Reizperzeption auszuschalten und auf diese Weise die unangenehmen Auswirkungsmöglichkeiten der pathologisch stark gereizten Sinusreflexe zu blockieren.

R. A. Pfeifer (Leipzig): Die Encephalarteriographie hat auch mit Rücksicht auf den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnis von der Angioarchitektonik des Gehirns, also in anatomisch-physiologischer Hinsicht, ein besonderes theoretisches Interesse. Die Röntgenbilder zeigen, daß ganz vorwiegend Gefäße der Pia von der Injektionsmasse vorübergehend gefüllt erscheinen, deren Entleerung in sehr kurzer Zeit auf dem Wege arterio-venöser Anastomosen erfolgt. Aus der relativen Unabhängigkeit des nutritiven Kreislaufabschnittes vom derivativen Kreislaufabschnitt des Gehirns erklärt sich in diesem Falle auch die Ungefährlichkeit der Injektion. Demzufolge erstreckt sich das Injektionsverfahren gar nicht auf Hirngefäße, sondern auf Gehirngefäße. (*Pf.* versteht hierunter, wie er mitteilt: »nicht das Hirn, die Hirnsubstanz, sondern die umgebenden Häute: das Gehirn; diese sind injiziert«. Ref.). Die Lage der Tumoren wird vor allem aus der Gefäßverdrängung und Gefäßverlagerung erschlossen. Die Steuerung des Umlaufes der Injektionsmasse ist sicher nervös bedingt und geschieht reflektorisch unter dem Fremdkörperreiz. Von der Anwesenheit vasomotorischer Nerven in der Hirnsubstanz selbst habe ich mich noch nicht überzeugen können.

Jacobi (Schlußwort): Es sei ganz ausdrücklich hervorgehoben, daß technisch einwandfreie Arteriogramme nur zu erzielen sind, wenn das Kontrastmittel in vollem Strom mit dem Blut der A. carotis in das Gehirn getrieben wird; es ist sogar zweckmäßig, daß man recht energisch spritzt, weil hierdurch erreicht wird, daß das Thorotrast in hoher Konzentration das Gehirn durchflutet. Bei dieser Technik wird die Menge des verbrauchten Kontrastmittels gering. Wir haben früher 8—10 ccm pro injektione in die A. carotis gegeben. Nach unseren neueren Erfahrungen genügen aber 4—6 ccm, vorausgesetzt, daß man sie energisch injiziert und genügend schnell das Kommando zum Röntgen während der Injektion gibt.

Wir glauben daher, daß die Thorotrastmengen, die wir zur Darstellung der Hirngefäße brauchen, einen nennenswerten Schaden nicht auslösen, zumal die von uns arteriographierten Kranken selbst nach Ablauf einer längeren Zeit keine Reaktionen gezeigt haben. Auf alle Fälle ist der Gewinn, der sich gegebenenfalls mit dieser Methode bei Pat., die an und für sich nichts mehr zu verlieren haben, erzielen läßt, außerordentlich groß im Vergleich zu der hypothetischen Gefahr, die ihnen durch die geringe Menge Thorotrast in ihrem späteren Leben in Gestalt von Spätschäden drohen soll.

Irgendwelche Zwischenfälle bei der Arteriographie haben wir nie erlebt. Nur einen Exitus an Verblutung müssen wir bei einem kongenitalen Hypophysentumor, der Bluter war, verzeichnen. Wir verloren ihn durch eine Kapillarblutung aus dem Hautschnitt, nicht etwa durch eine Blutung aus den Karotiden.

Früher haben wir die Operation aus begreiflichen Gründen immer in Narkose ausgeführt, jetzt operieren wir prinzipiell in lokaler Anästhesie. Das Durchtrennen und Abschieben der Gefäßscheiden ist schmerzhaft, weshalb man zweckmäßig vorher einen Tupfer mit einem lokalen Anästhetikum in die Wunde legt. Damit sind zugleich die Sinusreflexe ausgeschaltet. Die Arteriographie hat gegenüber allen übrigen diagnostisch-operativen Untersuchungsmethoden, die der Erkennung zerebraler Erkrankungen dienen, den Vorteil, daß sie auch angewandt werden kann, wenn die anderen Methoden, wie Enzephalographie und Ventrikulographie zu gefahrvoll sind. Im übrigen wird es

Aufgabe der Zukunft sein, die einzelnen Methoden in ihren diagnostischen Reichweiten gegeneinander abzugrenzen. Grundlage aller diagnostischen Erkenntnis aber ist und bleibt die klare klinisch-neurologische Erfassung des Einzelfalles.

Die Technik der Arteriographie ist leicht zu erlernen, die Auswertung der gewonnenen Bilder fordert viel Erfahrung und will gelernt sein.

IV. Referat: *Kretschmer, E.* (Marburg a. d. L.): Der Aufbau der Persönlichkeit in der Psychotherapie.

Die endogenen und psychisch-reaktiven Komponenten im Persönlichkeitsaufbau verschlingen sich vielfach. Die stillschweigende Voraussetzung: psychogen gleich psychotherapierbar trifft nicht durchweg zu, so wenig wie die umgekehrte These, daß das Endogene einer Psychotherapie nicht zugänglich sei. So ist z. B. die Schizophrenie in ihren Wurzeln psychotherapeutisch nicht reversibel, sie ist aber in jedem Stadium psychotherapeutisch formbar. Noch mehr gilt dies für die leichteren Grenzfälle und Persönlichkeitsvarianten. Nicht die Konstitution an sich, sondern das Finden oder Nichtfinden des angepaßten Lebensraumes bestimmt das Schicksal vieler seelisch abnormer Menschen. Umgekehrt ist mit einem klaren psychisch-reaktiven Erlebnisaufbau die Psychotherapierbarkeit noch nicht ohne weiteres gegeben. Man sieht dies z. B. im Paranoiagebiet oder bei manchen jahrelangen schweren Pseudodemenzen. Geht man den Ursachen so schwieriger Fälle nach, so trifft man auf unmerkliche endogene Verschiebungen der Persönlichkeitsstruktur, die die Basis für die psychische Reaktion schaffen oder die umgekehrt aus den psychisch reaktiv in Gang gebrachten Mechanismen mit komplizierter Kausalität herauswachsen oder in sie eingreifen. Das Gleitende der endogenen Persönlichkeitsstruktur des Menschen geht aus solchen Fällen besonders deutlich hervor. Besonders wichtig für die Entstehung vieler Neurosen sind die unmerklich im Hintergrund vor sich gehenden lebenszeitlichen Entwicklungsstörungen und Vitalverluste. Die Neurose hat in solchen Fällen z. B. bei manchen klimakterischen Frauen u. a. den Sinn der Verdeutlichung eines nach außen hin sonst nicht klar genug in Erscheinung tretenden Verlustes an vitaler Energie. Die Fiktion eines strukturierten konstanten Persönlichkeitsaufbaus bzw. die Persönlichkeit, wie sie gewöhnlich gesehen wird, könnte man auch als »Persönlichkeitsschema« bezeichnen, in demselben Sinne wie man von »Körperschema« spricht. Das Persönlichkeitsschema kann im Lauf des Lebens stehenbleiben, während die Konstitution weitergleitet. In solchen Fällen entstehen Diskrepanzen zwischen Konstitution und Persönlichkeitsschema oder zwischen Konstitution und Lebensraum. An den kritischen konstitutionellen Wendepunkten, vor allem in der Pubertät, genügen oft schon leichtere Entwicklungshemmungen und Störungen der Synchronie im körperlich-seelischen Reifungsablauf, um die psychologische Basis für Neurosen zu schaffen. Bei dieser Weiterbildung unserer klinischen Erkenntnisse verschiebt sich auch unsere psychotherapeutische Aufgabe. War der erste Schritt der vom Symptom zu dem dahinterliegenden Erlebnis, so wenden wir uns jetzt vom Erlebnis zur Persönlichkeit. Das wesentliche sehen wir heute in dem Gesamtaufbau der Persönlichkeit und ihrem Verhältnis zu ihrem Lebensraum in toto. Die Einstimmung der Persönlichkeit in sich und mit ihrem Lebensraum ist das grundsätzliche Ziel. Durch den Abbau aller falschen Scheinpositionen und die schlichte Bejahung der eigenen Wesensart und ihrer Lebensaufgabe gewinnt sie auch ihren besten Leistungswert für die menschliche Gemeinschaft.

Vorträge: *Simon* (Gütersloh): Die Verantwortlichkeit in der Heilanstalt.

Wenn wir im Zusammenhang mit unserer ärztlichen Tätigkeit von »Verantwortung der Geisteskranken« sprechen, so kann es sich weder um ein juristisch-strafrechtliches noch um ein moralisierendes Verantwortlichmachen handeln, sondern lediglich um die biologische Verantwortung, in die jedes Lebewesen aus seinen elementaren Lebensvorgängen heraus mit seiner Umwelt verstrickt ist. Alles Lebende ist unauflöslich mit seiner Umwelt, seinen Lebensbedingungen »verantwortet«: es antwortet, seinem Wesen, seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechend, in irgendeiner Weise auf die Reize und die Gegebenheiten, die aus der Umwelt an es herantreten, und die — lebende oder tote — Umwelt antwortet ihm wieder auf sein Tun und Lassen, sein Können oder Nichtkönnen, seine Kraft und Schwäche, ja auf sein Dasein selbst. Es hängt gar nicht von uns Menschen ab, irgendwelchen Lebewesen, und seien es auch geisteskranke Menschen, dieses Verantwortetsein mit der Umwelt zuzubilligen oder nicht zuzubilligen. Kultur und Zivilisation mit ihren Auswirkungen, ebenso wie geistige Erkrankung, können zwar manche Gegebenheiten in dieser kausalen Verflechtung, die wir »Verantwortung« nennen, ändern, nicht aber die Verantwortung selbst ausschalten. Der Geisteskranke ist mit seiner Umwelt noch viel enger verantwortet wie der Gesunde, weil er gegen ihre Einflüsse wehrloser ist, weil andererseits aber seine Antwort darauf unmittelbarer und urwüchsiger und deshalb der Logik oft näher verbunden bleibt. Auf die Forderungen des geordneten Gemeinschaftslebens antwortet der einzelne, je nach Veranlagung und Kräften, entweder sich anpassend und einfügend, »sozial« oder, widerstrebend und ankämpfend, »unsozial«; und die Gemeinschaft antwortet, muß antworten, wenn sie logisch auf den eigenen geordneten Fortbestand eingestellt ist, indem sie das brauchbare soziale Mitglied belohnt und fördert, ihm Lustgewinn schafft, den Unsozialen aber doch irgendwie in ihre Ordnung hineinzwingt oder ihn wenigstens hindert, diese Ordnung zu stören. Der Geisteskranke kommt im allgemeinen dann in die geschlossene Anstalt, wenn er infolge seiner Krankheit den Ausgleich zwischen sich und der geordneten Gemeinschaft nicht mehr finden kann. Aufgabe der Heilanstalt wäre es, die Lebensbedingungen, die der Kranke in ihr findet, so zu gestalten, daß durch sie der Kranke wieder zum Ausgleich mit der geordneten Gemeinschaft zurückgeführt wird. In Wirklichkeit fanden aber die Kranken in unseren Anstalten Umweltbedingungen vor, die diametral entgegengesetzt waren, durch welche in der rauhen Wirklichkeit des »freien« Lebens der geordnete Ausgleich geschaffen und erhalten wird. Hier wurde die Verantwortlichkeit verneint; die Logik schien in vieler Beziehung ausgeschaltet; ganz unabhängig von eigener Leistung und eigenem Verhalten hatte man Anspruch auf liebevolle Betreuung, auf unbegrenzte Nachsicht, auf möglichst »freies Ausleben« der eigenen Persönlichkeit mit allen ihren Mängeln und Fehlern. Jede Form des Verhaltens, und war es noch so unsozial, wurde durch die »Krankheit« gedeckt. Man hatte das Recht unsozial in jeder Form, närrisch, ungebändigt, laut zu sein; unverdiente Vergünstigungen, die nicht glatt gewährt wurden, konnte man durch Auftrumpfen oder durch Drohen mit noch unsozialerem Verhalten ertrotzen, erpressen. Gerade infolge der Fiktion der »Unverantwortlichkeit der Geisteskranken« war dem Arzt und dem Pflegepersonal die Macht und die Kraft zum wirksamen Widerstand gegenüber allen unsozialen und abwegigen Neigungen der Kranken genommen. Die Notwendigkeit, immer wieder nachzugeben, führte zwangsläufig zum therapeutischen

Nihilismus. Aktive Therapie bedeutet Abkehr von diesem therapeutischen Nihilismus. Sie ist aber nicht möglich ohne klare und rückhaltlose Erkennung und Anerkennung der biologischen Verantwortung auch der Geisteskranken. Es bestehen keine stichhaltigen Bedenken dagegen, auch das Pflegepersonal über diese biologischen Zusammenhänge zu belehren. Der berufstüchtige Pfleger wird leicht begreifen, daß eine auf der Tatsache der verantwortlichen Verflechtung aller Lebewesen aufgebaute aktive Krankenbehandlung nicht das geringste zu tun hat mit einer groben, ungerechten und sonst ungehörigen Behandlung. Und es liegt gerade im Wesen einer aktiven Behandlung, daß auch bei der Betreuung des einzelnen Kranken viel mehr als früher der Arzt selbst dauernd beratend, helfend und, wenn nötig, auch korrigierend mitwirkt. Viel mehr als früher muß sich auch der aktive Psychiater mit den seelischen Vorgängen in seinen Kranken befassen.

Zutt (Berlin): Zur gegenwärtigen Situation der Psychotherapie.

Wenn man alles das als Psychotherapie bezeichnet, was über das medizinisch notwendige hinaus an menschlicher Hilfe dem Kranken vom Arzt gewährt wird, so wird in vielen Sprechstunden, Kliniken und Polikliniken Psychotherapie getrieben, so selbstverständlich, daß die Ärzte oft nichts davon wissen, daß ihr Verhalten als »Psychotherapie« bezeichnet werden kann. Davon zu trennen ist die eigentlich psychotherapeutische Bewegung, hervorgegangen aus der Überzeugung, daß Krankheitszustände durch psychische Faktoren verursacht und durch psychische Einwirkungen heilbar seien. Man glaubte damals eine lehrbare und lernbare psychotherapeutische Methode ausbilden zu können. Inzwischen hat sich die Situation verändert: Nicht mehr bestimmte klinisch bekannte Krankheitszustände (wie etwa die Zwangsneurose) machen das wesentliche Anwendungsgebiet der Psychotherapie aus, sondern die »Neurose«, die nach *Jung* »im letzten Verstande ein Leiden der Seele ist, die ihren Sinn nicht gefunden hat«. Eigentlich gehe dieses Problem den Seelsorger in viel höherem Maße an als den Arzt. Das Problem der Heilung sei ein religiöses. Demzufolge ist der therapeutisch einzuschlagende Weg auch nicht mehr eine bestimmte lehrbare Methode, hinter der die Persönlichkeit zurücktritt, sondern er ist ein »Wagnis, das den unbedingten Einsatz der ganzen Persönlichkeit fordert« (*Jung*). Trotz der Einsicht, daß es sich hier um ein religiös-seelsorgerisches Problem handelt, entzieht sich der Psychotherapeut nicht dieser Aufgabe, weil er durch die »ganz unmittelbar an ihn herantretende Not der Kranken« herausgefordert wird. Diese von *Jung* klar umschriebene, religiös-seelsorgerische Aufgabe wird von Ärzten in der Weise ärztlicher Praxis bearbeitet. Nur durch diese eigenartige Vermischung kommt es, daß man von Behandlung spricht, wo es sich um Trost handelt, von zerrütteten Nerven, wo es sich um Versagen und Verzweiflung handelt, daß gelegentlich der bedingungslose Einsatz der ganzen Persönlichkeit durch Massage und Atemgymnastik in seiner Wirkung unterstützt wird. Nur so ist es zu verstehen, daß die Psychotherapie, die es sich zur Aufgabe macht, die Seele, die ihren Sinn nicht gefunden hat, von diesem Leiden zu erlösen, die die »Rettung der Mühseligen und Beladenen« anstrebt, ihre Hilfe tatsächlich austeilt an einen kleinen Kreis im wesentlichen zahlungsfähiger Patienten. Es kann kein Zweifel sein, daß die psychotherapeutische Bewegung in die gegenwärtige Situation hineingekommen ist durch eine Krise des religiösen Lebens insbesondere innerhalb der protestantischen Kirche. Auch dafür finden sich in *Jungs* Schrift: Psychotherapie und Seelsorge, interessante Belege. Schon dar-

aus ergibt sich, daß der Arzt gelegentlich Aufgaben wird erfüllen müssen, die nicht nur das Medizinische, sondern auch das Ärztliche überschreiten, eben seelsorgerische. Dies nimmt einer prinzipiellen Besinnung aber nicht ihre Bedeutung. Sie kann z. B. Bestrebungen gegenüber wirksam sein, die darauf hinzielen, die Psychotherapie (d. h. Seelsorge) als Spezialfach innerhalb der Medizinischen Fakultät zu lehren.

Aussprache zum Referat *Kretschmer* und den Vorträgen *Zutt* und *Simon:*

Göring (Elberfeld): M. v. D. u. H.! Gestatten Sie mir einige wenige Worte über die Psychotherapie und die Psychotherapeuten. Es tut mir leid, bei Ihnen eine Illusion zerstören zu müssen. Die deutschen Psychotherapeuten sind nicht im Deutschen Verein für Psychiatrie aufgegangen. Wir bestehen weiter als Deutsche allg. ärztl. Gesellschaft für Psychotherapie, und sind eine Ländergruppe der überstaatlichen Gesellschaft unter *C. G. Jung*. Das soll nicht heißen, daß wir grollend beiseite stehen; sonst wäre ich nicht hier. Wir freuen uns sogar, daß sich auch die Psychiater immer mehr mit Psychotherapie beschäftigen. Allerdings ist es meist eine andere als die, die wir betreiben. Bewußt wenden wir uns an die Volksgenossen, die in seelische Not geraten sind, da kein anderer ihnen hilft, da die Pfarrer versagen. So wichtig auch die Ausführungen des Herrn *Kretschmer* für uns Psychotherapeuten sind, so vermisse ich doch bei unserer Tagung einen Vortrag, der sich mit der sozialistischen Idee unseres Führers befaßt, nicht mit sozialen Ideen — sozial dürfte jeder Psychiater denken — ich betone: mit der sozialistischen Idee. Es ist nicht richtig, wenn Herr *Zutt* behauptet, wir behandelten nur zahlungskräftige Patienten; ich behandele auch Wohlfahrtspatienten, und zwar genau so wie Privatpatienten. Ich weiß, daß auch wir Psychotherapeuten von der Deutschen Gesellschaft unser Ziel noch nicht erreicht haben. Aber wir ringen und kämpfen, um die sozialistische Idee zu erfassen und damit um die Seele des deutschen Volkes. Schon wegen dieses weltanschaulichen Gegensatzes können wir noch nicht zu Ihnen kommen. Aber die Trennung bedeutet keine unüberwindliche Kluft. Als alter Psychiater weiß ich, daß die Psychiatrie für uns die Grundlage ist und wir ihrer bedürfen; ich weiß aber auch, daß wir die Psychiatrie befruchtet haben und weiter befruchten werden. So grüße ich denn als Reichleiter der jungen deutschen psychotherapeutischen Gesellschaft den 92jährigen Verein, der, wie wir auch gestern abend gesehen haben, krampfhaft an seinen alten, ehrwürdigen Traditionen festhält, mit aller Ehrfurcht, mit der Bitte um gütiges Verstehen und um freundliche Unterstützung; ich grüße Sie mit dem neuen deutschen Gruß einer jungen vorwärts stürmenden Bewegung: Heil Hitler!

Stertz (Kiel): Man kommt von der organischen Seite her durch das Studium des von mir beschriebenen Zwischenhirnsyndroms zu Gedankengängen, welche denen des Vortragenden in vieler Hinsicht entsprechen. Im Zwischenhirn befindet sich die Störungsstelle eines psychophysischen Apparates, der wesentliche Funktionen der »vitalen Person« gewährleistet und sowohl durch groborganische Prozesse, wie durch partielles Altern, Schicksale, abnorme Lebensbedingungen geschwächt werden kann. So wird das Auftreten von krankhaften seelischen Reaktionen und Entwicklungen, menschlichen Kunstprodukten usw. organisch (in einem weiteren Sinne) unterbaut.

Stamm (Hannover) spricht im Anschluß an die lichtvollen Ausführungen des Herrn Prof. *Kretschmer* den Wunsch aus, daß sich die psychiatrische Ausbildung der Ärzte künftighin auf die Jugendzeit des Menschen erstrecken

möge. Z. B. sei schon in frühem Kindesalter die psychopathische Veranlagung zu erkennen.

C. Schneider (Heidelberg) legt Wert auf die Feststellung, daß im Rahmen des gesamten wissenschaftlichen Umbruchs auch die Psychiatrie sich in ihrer theoretischen und praktischen Haltung im Sinne des Nationalsozialismus wandeln müsse. Er teilt dann weiter mit, daß inzwischen die Heidelberger Klinik vollkommen auf Arbeitstherapie umgestellt ist und daß es auch gelingt, die exogenen Psychosen einschließlich der Delirien unter diesem Regime zu beruhigen und klarer zu machen. In der Heidelberger Klinik ist ein Minimum an psychotischen Symptomen hergestellt, dem sich auch die schweren schizophrenen Erscheinungen Autismus, Halluzinationen usw. nicht entziehen. Es gelingt auch, schwere Depressionen zu aktivieren. Den sichtbarsten Ausdruck findet die Wandlung der Kranken in der Tatsache, daß trotz Aufrechterhaltung des vollen Klinikbetriebs mit unbeschränkten Aufnahmen bereits seit Anfang d. J. keine Hyoszinspritzen mehr zur Verwendung kamen und daß der durchschnittliche Schlafmittelverbrauch der gesamten Klinik 1—2 g Medinal oder Adalin nicht übersteigt. Die unruhigen Abteilungen sind oft wochenlang schlafmittelfrei gewesen.

Gaupp (Tübingen) anerkennt die große Bedeutung der Ausführungen von *Simon* und *C. Schneider* in bezug auf die Gestaltung der Beschäftigungstherapie der Kranken in Anstalten und Kliniken, betont aber andererseits die Verschiedenheit der wissenschaftlichen und praktischen Aufgaben von Anstalt und Klinik, ferner die andere Zusammensetzung des ganzen Krankenstandes in einer (— an Bettenzahl kleinen, an Frischaufnahmen reichen —) Klinik, in der die Kranken im ersten akuten Krankheitsprozeß behandelt werden, der ja so häufig die ganze Persönlichkeit von Grund aus umwandelt und in dem psychologische Einwirkungen noch weniger wirksam sein können. Er glaubt, daß es sich hier nicht um politische Fragestellungen handle, sondern um rein ärztliche, wissenschaftliche und therapeutische Probleme, zu denen jeder Psychiater verpflichtet ist, aus seiner eigenen Erfahrung heraus Stellung zu nehmen und wobei er sich den Vorteil nicht wird entgehen lassen, in Gütersloh, Heidelberg und anderen Städten moderner Arbeitsbehandlung seine Erfahrung zu erweitern.

Herrn *Zutt* gegenüber glaubt *Gaupp* betonen zu müssen, daß die seelsorgerische Aufgabe des Arztes auch künftig nicht wird entbehrt werden können, weil nicht bei allen psychisch Kranken ein Boden für die religiös-metaphysische Einwirkung vorhanden ist.

Simon (Schlußwort): Gewiß bietet das therapeutische Arbeiten in einer Anstalt mit ihrem Bestand von 1500 bei jährlichem Durchgang von 4—500 Kranken Verschiedenheiten gegenüber einer Klinik mit ihrem im Verhältnis zur Belegung sehr hohen Durchgang, besonders an akuten Psychosen. Es trifft aber nicht zu, daß eine aktive Psychotherapie bei den schweren akuten Krankheitsbildern undankbarer ist als bei unseren überwiegend chronisch-unsozialen Anstaltskranken. Unsere Erfahrungen beweisen vielmehr das Gegenteil. Das ist auch leicht verständlich, wenn man sieht, wie gerade die schweren und schwersten akuten, mit unhemmbarer Tobsucht und völliger Verwirrtheit einhergehenden Krankheitsbilder, ohne Rücksicht auf die Art der Grundstörung, fast immer auch eine stark ausgeprägte offensichtlich psychogene Komponente haben, die sich in einer theatralischen, aufdringlichen Färbung des ganzen Bildes — man kann geradezu von einer »Übertreibung der Krankheit« sprechen — äußert. Selbst in den allerschwersten, gelegentlich trotz aller ärztlichen Be-

mühungen ungünstig verlaufenden Fällen kann diese »hysterische« Komponente im Krankheitsbilde fast bis zum Schlusse erkennbar bleiben und die Unruhe, und damit die Gefahr der Erschöpfung, steigern. Diese psychische Komponente der Krankheitsäußerungen bleibt aber wohl auch regelmäßig für eine aktive psychische Behandlung angreifbar, und letztere kann dann oft geradezu verblüffende Erfolge erzielen, in wenigen Stunden oder Tagen das verhängnisvolle Bild vollständig ändern.

Mit einer aktiv gerichteten Psychotherapie haben übrigens auch andere psychiatrische Kliniken gleich günstige Erfahrungen gemacht, wie sie jetzt aus Heidelberg berichtet werden; ich habe erst kürzlich Gelegenheit gehabt, dies bei *Van der Scheer* in Groningen festzustellen: Auch dort in der ganzen Klinik vollständige Ruhe, Friede, geordnetes Verhalten der Kranken, fast völliges Verschwinden der Dauer-Bettbehandlung und des Dauerbades und Rückgang des Verbrauches an Sedativen auf einen Bruchteil des früheren.

Kretschmer (Schlußwort): Das Thema »Arzt und Priester« ist wichtig und interessant genug. Doch bin ich nicht der Meinung, daß der Arzt in der Psychotherapie die Rolle des Priesters übernehmen darf, die ihm der Patient so häufig anbietet. Man wird die Erziehungsarbeit der Kirchen und ähnlicher geistiger Gemeinschaften überall in der Geschichte als großen und wichtigen Faktor finden. Ihre Grenze ist aber dort, wo die äußere ethische Parole einer starken Weltanschauung auf eine nicht innerlich bereinigte Persönlichkeit trifft. Das Wort »bigott« bezeichnet am besten die sehr wenig wertvollen Kompromißbildungen, die alsdann entstehen. Die Aufgabe des biologisch denkenden Arztes muß es vielmehr sein, den leidenden Menschen dazu zu bringen, sein Lebensziel nach seinen eigenen inneren Gesetzen zu bilden. Nur so wird er die sinnvolle Entfaltung der durch seine Erbanlage gezeichneten Möglichkeiten erreichen und die Forderung der inneren Wahrhaftigkeit erfüllen.

Kogerer (Wien): Die Bedeutung des Vertrauens für den Aufbau der Persönlichkeit[1]).

Die Beschäftigung mit der Psychopathologie und Psychotherapie der schizophrenen Psychosen hat zu der Annahme geführt, daß für die Entstehung des schizophrenen Mißtrauens neben unbekannten, also nur vermuteten endogenen Faktoren Erlebnisse von Bedeutung sein können, die das Vertrauen des Kranken gegenüber seiner Umgebung erschüttert haben[2]). Die an den Schizophrenen gemachten Erfahrungen veranlaßten uns, uns weiter mit dem Problem des Vertrauens und seiner Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung im allgemeinen zu befassen. Wir gingen dabei von folgenden Betrachtungen aus:

Die Furcht, die den Menschen angesichts der Übermacht der Naturkräfte befällt, hat auf der primitiven Stufe der Entwicklung zwei Reaktionen ausgelöst. Der Mensch versuchte einerseits die überirdischen Mächte, die er hinter den Naturerscheinungen vermutete, durch Gebete, Opfer und andere Kulthandlungen günstig zu stimmen, andererseits versuchte er seine Widerstandsfähigkeit durch Zusammenschluß mit anderen Individuen zu

---

[1]) Dieser Aufsatz war als Vortrag für die Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Münster i. W. im Mai 1934 bestimmt, konnte jedoch aus äußeren Gründen nicht vorgetragen werden.

[2]) Vergleiche ZNeur. 133.



erhöhen. Dies ist eine der gemeinschaftsbildenden Ursachen gewesen. Das Verhältnis des einzelnen zur Gemeinschaft ist durch folgende Momente gekennzeichnet: der Zusammenschluß mehrerer Individuen ergibt nicht nur durch Summation der Kräfte sondern insbesondere durch die Möglichkeit der Arbeitsteilung eine erhöhte Schlagkraft im Kampfe gegen die feindlichen Mächte. Die Erreichung dieses Zweckes ist an die Voraussetzung geknüpft, daß alle Mitglieder der Gemeinschaft ihre Kräfte treu und zuverlässig in den Dienst der gemeinsamen Sache stellen. Daraus ergibt sich für den einzelnen die Notwendigkeit, auf die Erfüllung eines großen Teiles seiner persönlichen Wünsche zu verzichten, um das Gemeinschaftsleben nicht zu stören. Dieser Verzicht ist für ihn nur dann lohnend, wenn er tatsächlich in der Gemeinschaft eine Verbesserung seiner Lebensbedingungen, insbesondere eine Erhöhung seiner persönlichen Sicherheit findet. Diese wechselseitigen Forderungen können nur auf der Grundlage des gegenseitigen Vertrauens erfüllt werden. Jede Erschütterung des Vertrauens gefährdet einerseits den Bestand der Gemeinschaft und stürzt andererseits das Individuum in den früheren Zustand der Unsicherheit zurück. Da alles Menschliche unvollkommen ist, kann auch ein hoch differenzierter und gut organisierter Gemeinschaftskörper den einzelnen Menschen niemals vollständig von diesem Gefühl der Unsicherheit befreien. In welcher Weise sich der einzelne mit dem ihm verbleibenden Rest von Unsicherheit abfindet, hängt von seiner seelischen Konstitution, insbesondere von der Entwicklung seines Selbstbewußtseins ab. Das Gefühl der Unsicherheit wird demnach um so größere Bedeutung erlangen, je schwächer das betroffene Individuum ist, bzw. je schwächer es sich fühlt, also am meisten in der Kindheit, ferner beim Erwachsenen unter Bedingungen, die eine Störung des seelischen Gleichgewichts herbeiführen, d. h im Falle seelischer Erkrankung. Auf die Ähnlichkeit der seelischen Situation des kranken Erwachsenen mit der des Kindes ist ja wiederholt hingewiesen worden. Untersuchungen an einem großen Material von Neurosen und Psychosen scheinen uns den Nachweis erbracht zu haben, daß das Problem des Vertrauens für die Gestaltung der Persönlichkeit von allergrößter Bedeutung ist. Die großen Anforderungen, die im Laufe des Erziehungswerkes an die Seele des heranwachsenden Menschen gestellt werden, beziehen sich der Hauptsache nach auf Triebverzicht und Anpassung an die Umweltbedingungen. (*Kretschmer* spricht von einer Anpassung an den »Lebensraum«). Die erfolgreiche Durchführung dieser Forderungen ist an die Voraussetzung gebunden, daß das Kind den erwachsenen Personen, die sie ihm präsentieren, volles Vertrauen entgegenzubringen vermag, sowohl was ihre Macht, als auch was ihren guten Willen anbelangt. Fehler, die in dieser Beziehung von Eltern, Erziehern und Lehrern gemacht werden, sind eine Quelle schwerster seelischer Leiden für das Kind und eine der häufigsten Ursachen späterer seelischer Erkrankungen. Die Psychotherapie, deren Aufgabe es ist, die Fehler, die eine bestehende seelische Gleichgewichtsstörung verschuldet haben, aufzusuchen und womöglich unwirksam zu machen, hat demnach vornehmlich die Aufgabe das verloren gegangene Vertrauen des Individuums neu aufzurichten. Es wäre verfehlt, wenn man auf Grund dieser Feststellung glauben wollte, daß wir uns die seelische Ätiologie und damit auch die Therapie psychogener Erkrankungen so einfach vorstellen als es nach

dieser Formulierung den Anschein haben mag. Wir sind uns dessen wohl bewußt, daß wir hier nur eine Seite der psychotherapeutischen Aufgabe herausgreifen, allerdings aber eine, die uns besonders wichtig und bedeutsam erscheint. Wir sind geradezu der Meinung, daß die Stellung des Arztes in der Psychotherapie dadurch gekennzeichnet ist, daß er durch vollen Einsatz seiner Persönlichkeit dem Kranken die Möglichkeit bietet, durch ein Vertrauenserlebnis das verloren gegangene Vertrauen wieder zu gewinnen. Es spielt dabei ein Faktor eine Rolle, der uns dazu veranlaßt, das Vertrauensproblem noch von einer anderen, mehr metaphysischen Seite her zu betrachten. Mit fortschreitender Differenzierung zeigt sich nämlich in der Menschheit immer mehr die Tendenz, durch Anbahnung möglichst vieler seelischer Bindungen untereinander die Möglichkeiten des Lustgewinnes zu erhöhen. Quelle dieser Möglichkeiten sind nicht nur Interessengemeinschaften, sondern bei fortschreitender kultureller Entwicklung immer mehr solche Wechselbeziehungen, die den Austausch bzw. das gemeinsame Erleben ethischer und ästhetischer Werte zum Ziele haben. Natürlich wachsen solche Beziehungen vielfach aus dem Boden der Erotik heraus, sind aber dennoch ohne Zuhilfenahme metaphysischer Erklärungsgründe nicht vollkommen verständlich. Ihre große Bedeutung aber ist unbestritten. Wir haben diesen speziellen Fall deshalb besonders hervorgehoben, weil gerade solche Formen lustvollen Erlebens, deren Unentbehrlichkeit für das persönliche Glücksgefühl außer Zweifel steht, nur auf der Grundlage gegenseitigen vollen Vertrauens möglich sind. Auch diese Feststellung ermöglicht wiederum eine Nutzanwendung für die Psychotherapie, die nicht nur durch die Beziehung des Arztes zum Kranken dieser Forderung, wenn auch nur vorübergehend, entspricht, sondern auch darauf Bedacht zu nehmen hat, den Kranken dadurch zur seelischen Gesundheit zu führen, daß man durch entsprechende psychologische Beeinflussung seine Erlebnisfähigkeit in der genannten Richtung zu steigern trachtet.

Hans Berger (Jena): Über die physiologischen Bedingungen der Bewußtseinserscheinungen (mit Lichtbildern).

B. berichtet an der Hand seiner eigenen Untersuchungen über das Elektrenkephalogramm (= E. E. G.), in der die ständige automatische Tätigkeit des menschlichen Großhirns in der Form einer gerichteten, vom Zwischenhirn aus gesteuerten Wellenbewegung zum Ausdruck kommt. Er weist auf die Veränderungen des E. E. G. bei der Einwirkung von Sinnesreizen, denen die Aufmerksamkeit zugewendet wird, und unter dem Einfluß der geistigen Arbeit hin und sieht in ihnen Hemmungserscheinungen, die mit den in den Arbeitszentren stattfindenden Erregungen gekoppelt sind. Im Gegensatz zu seinen früheren Befunden in der Chloroformnarkose und anderen ähnlichen Zuständen findet *B.* in der Pernokton-, Evipannarkose kein Erlöschen, sondern eine Enthemmung der automatischen Rindentätigkeit, die also ebenfalls mit einem Erlöschen des Bewußtseins einhergeht. Unter Hinweis auf die sich daraus ergebenden Anschauungen über das Zustandekommen der Bewußtseinserscheinungen überhaupt hebt *B.* hervor, daß eine Bewußtlosigkeit zwei Ursachen haben kann. Sie kann einmal allmählich entstehen durch ein Erlöschen der Großhirnrindenvorgänge, wie in der Chloroformnarkose, bei einer Ohnmacht, bei dem herannahenden Tode usw. Sie kann aber auch zweitens plötzlich oft blitzartig hervorgerufen werden durch eine Abschaltung der Großhirnrinden-

tätigkeit vom Zwischenhirn aus, in der Pernokton-, Evipannarkose, bei Leuchtgasvergiftung, im Beginn des großen epileptischen Anfalls usw.

G. Ilberg (Dresden): Das Zentralnervensystem eines Fötus ohne Augen und Nase, ohne Vorderhirn und Kleinhirn.

Ein sechsmonatiger Fötus von 31 cm Scheitel-Fersen-Länge mit mikrozephalem Hirnschädel kam ohne Augen und Nase mit verkrüppelten Ohrmuscheln, deren äußerer Gehörgang geschlossen war, und ohne Afteröffnung zur Welt. Es bestand starkes Hydramnion. Hände und Füße groß, Füße stark adduziert. Bei der Sektion fand sich auffallende Kleinheit der Schilddrüse, des Pankreas, der Ovarien, des Uterus, der Milz und der rechtsseitigen Lungenlappen. Das Kolon endete neben dem Uterus; dieser hatte ein Nebenhorn. Bei Eröffnung des Schädels entleerte sich trübe blutige Flüssigkeit. Die Schädelbasis war glatt, Sella und Türkensattel fehlten, ebenso die Hypophyse. Das Felsenbein ragte von der Seitenwand rechtwinkelig gegen die Sagittallinie und war verkürzt; die Öffnung für den Hörnerv war beiderseits verschlossen. Falx und Tentorium waren nicht vorhanden, auch makroskopisch keine Spur vom Kleinhirn. Von unten nach oben betrachtet endete das Gehirn mit dem Mittelhirn, das keine Epiphyse zeigt. Die Deckknochen des Schädels waren zum Teil miteinander verwachsen, die Fontanellen fehlten.

Der Kopf des Fötus hat eine fliehende Stirn und einen vorstehenden Gesichtsschädel. Zwischen Mund und Haargrenze befindet sich in der Mitte des Gesichts eine ypsilonförmige Hautfalte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Marklosigkeit der gesamten Pyramidenbahn bis ins Lendenmark, der Kleinhirnseitenstrangbahn, der Corpora restiformia, der Bindearme und der Brückenfasern; verschiedene der genannten Bahnen haben in dieser Entwicklungsperiode normalerweise noch keine Markfasern. Markhaltig waren die vorderen und die hinteren Rückenmarkswurzeln, ebenso die Hinterstränge; die Schleife ist vom oberen Halsmark bis in die Gegend des Mittelhirns zu verfolgen. Die unteren Oliven fehlen gänzlich. Von Hirnnerven sind nur der 12., 11., 10., 9., in schwacher Entwicklung der 7. und ein Teil des 5. zu erkennen; stark entwickelt ist beiderseits die aufsteigende spinale Trigeminuswurzel. Der Sylvische Kanal ist verstopft. Vor dem Mittelhirn und an dessen Seitenteilen befinden sich sehr reichliche Gefäßwucherungen. Ganz vorn liegen rechts und links Reste von unentwickeltem Vorderhirn. Keine Zeichen von Syphilis bei Mutter und Kind. (Ausführliche Veröffentlichung in Arbeit.)

R. A. Pfeifer (Leipzig): Die anatomische Darstellung des zentralen Abschnittes der wichtigsten Sinnesleitungen und der Pyramidenbahn.

Durch die anatomische Darstellung des Stabkranzes der vorderen und hinteren Zentralwindung ergibt sich die Möglichkeit, die Lamellierung des gesamten Hemisphärenmarkes und die topischen Beziehungen der Sehstrahlung, Hörstrahlung und Taststrahlung sowie der wichtigsten motorischen Systeme aufzuzeigen. Die Sehmarklamelle nimmt im Stielfächer aus dem Corpus geniculatum externum ihren Ursprung, verläuft im Stratum sagittale externum der *Gratiolet*schen Strahlung und endigt in der Fissura calcarina. Morphologische Formanten sind der hintere Balkenwulst, das Unterhorn des Seitenventrikels, die Fissura collateralis und die allgemein konische Zu-

spitzung des occipitalen Markraumes. Die Hörmarklamelle entspringt mit ihrem Stielfächer aus dem Corpus geniculatum internum und endigt in der temporalen Querwindung, in deren Markraum sie von vorn unten her eintritt. Morphologische Formanten sind die Cauda des Linsenkerns, der untere Rand des einspringenden Inselplateaus, sowie die variierende Lage der Längsachse der temporalen Querwindung. Die Taststrahlung als Trägerin der Hinterstrangsensibilität entspringt mit ihrem Stielfächer in dem ventro-lateralen Kern des Thalamus und endigt in dem Coniocortex der hinteren Zentralwindung, in deren Markraum sie von hinten unten her eintritt. Die morphologischen Formanten sind Ventrikel und Balken, das einspringende Inselplateau sowie vom Scheitelhirn her der Sulcus interparietalis. Die Pyramidenbahn, die zentralen Abschnitte der Hirnnerven, sowie zusätzliche motorische Systeme, die zum Thalamus in Beziehung stehen, entspringen im Fuß der ersten Stirnwindung, im Lobulus paracentralis und in der gesamten vorderen Zentralwindung, aus deren Markraum sie nach unten vorn austreten. Als eindrucksvolle morphologische Formante kommt hier neben dem einspringenden Inselplateau der Balken in Betracht, welcher mit seinem Knie weit in den Markraum des Stirnhirns hineinragt und dort besonders kräftig entwickelt ist. Die zwischen den Linsenkernspeichen am oberen Ausgang der inneren Kapsel hervorbrechenden Stabkranzfackeln zeigen eine dem Maße der Verdrängung entsprechende Abknickung der Faserbündel. Das Stratum sagittale temporo-occipitale setzt sich also oralwärts in ein Stratum sagittale centrale und in ein Stratum sagittale frontale kontinuierlich fort. (Ausführliche Darstellung an Hand zahlreicher Abbildungen in Nova Acta Leopoldina 1934. Neue Folge Bd. 1, Heft 4 u. 5).

Korbsch (Münster i. W.): Zur Differentialdiagnose »epithelial« gebauter Geschwülste des Nervensystems.

An Hand von Photogrammen und Präparaten werden ein Ependymom des IV. Ventrikels und ein peritheliomatös gebautes Meningiom (Peritheliom), welches sich im unteren Bereich des Rückenmarkes in Form einer Meningitis tumorosa ausbreitete, vorgewiesen. Über die Klinik beider Fälle wird kurz berichtet und sodann die morphologische Differentialdiagnose beider Geschwulstarten, wie auch die gegenüber dem Medulloblastom und dem Neuroepitheliom eingehend erörtert.

Pohlisch und *Panse* (Berlin): Schlafmittelmißbrauch.

Der Schlafmittelmißbrauch hat sich in den letzten Jahren in Deutschland und anderen Ländern deutlich ausgebreitet. Für Berlin geht dies u. a. aus den Zugängen an einmaligen Schlafmittelvergiftungen in drei Krankenanstalten hervor, (Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Wittenauer Heilstätten, Psychiatrische Klinik der Charité), in denen ein erheblicher Teil der schweren Vergiftungen überhaupt eingeliefert werden. Aufnahmebedingungen und Zahl der Gesamtaufnahmen haben sich von 1925—32 in diesen Anstalten nicht geändert. Die Aufnahmezahlen an einmaligen Schlafmittelvergiftungen können als Maßstab für Berlin überhaupt gelten.

Die ununterbrochene Zunahme der einmaligen Vergiftungen, meist Selbstmordversuche, in den Jahren 1925—32 geht weit über alle Zufallsgrenzen hinaus. Sie wird nicht erklärt durch eine entsprechende Zunahme der Selbstmörder, vielmehr nehmen Hypnotika als Selbstmordmittel prozentual deutlich

zu. Dies weist auf wachsende Verbreitung der Schlafmittel in der Bevölkerung hin.

Veronal und Luminal werden bevorzugt, trotzdem sie unter jedesmaligem Rezeptzwang stehen. Beim Phanodorm, das 1925 eingeführt wurde und keinem Rezeptzwang unterliegt, fällt die sprunghafte Zunahme 1931 und 32 auf, was der wachsenden Verbreitung in diesen Jahren entspricht.

Sehr viel wichtiger als die ständige Zunahme der Anstaltsaufnahmen wegen einmaliger ist die wegen chronischer Vergiftungen.

Die Zunahme der chronischen Vergiftungen liegt, ebenso wie die der einmaligen, außerhalb der Zufallsgrenzen. Die wirkliche Zahl ist innerhalb des Aufnahmegebietes sicherlich um ein Mehrfaches größer als die der Zugänge.

Der Prozentsatz der Aufnahmen wegen chronischen Schlafmittelmißbrauchs nähert sich für die Charité in den letzten Jahren dem wegen chronischen Alkoholismus und Morphinismus. Dies trifft besonders für Frauen zu, wohingegen bei Männern der Alkoholismus eine größere Rolle spielt.

Der chronische Mißbrauch mit Opiaten wird in Zukunft infolge der seit 1931 geltenden, verschärften Abgabebestimmungen noch mehr abnehmen, der mit Alkohol wird sich voraussichtlich wenig ändern, dagegen wird der mit Schlafmitteln zunehmen, falls nicht die Abgabebestimmungen verschärft werden. Ein Teil der ehemaligen Morphinisten ist zum gewohnheitsmäßigen Schlafmittelabusus übergegangen

Darüber hinaus ergibt sich statistisch, daß sich der akute und chronische Schlafmittelmißbrauch in Berlin annähernd gleichartig auf alle Berufe und Bevölkerungskreise erstreckt. Es besteht also hier nicht etwa, wie für den Alkohol und die Opiate, ein Hervortreten bestimmter Berufsgruppen, was besonders zu beachten ist.

Hypnotika sind heute Süchtigen ohne große Schwierigkeiten und ohne erheblichen Kostenaufwand regelmäßig und in einem Umfang zugänglich, daß die Entwicklung einer Sucht kaum durch äußere Bedingungen verhindert wird.

Es spricht auch nichts dafür, daß die Beschaffung ohne ärztliches Rezept aus Apotheke und Drogerie in Großstädten wesentlich schwerer ist als in Berlin selbst. Allerdings dürften, ähnlich wie beim Morphinismus, in kleinen Orten und auf dem Lande die Quellen für Dauerbezug nicht so leicht zugängig sein wie in größeren Städten.

Der gesteigerte Verbrauch an Schlafmitteln überhaupt ergibt sich auch ganz eindeutig aus der ständig steigenden Zahl der im Handel befindlichen Präparate. Insgesamt sind es z. Zt. über 100.

Von außerdeutschen Ländern liegen Berichte über Zunahme des Schlafmittelmißbrauchs vor aus Frankreich, Italien, Schweden, den Vereinigten Staaten und einigen anderen Ländern, wobei ich Österreich nicht als außerdeutsches Land rechne.

Wie entwickelt sich nun chronischer Mißbrauch? Ein eigentlicher Rausch tritt anfangs kaum ein, auch nicht nach großen Dosen, wohl aber kann sich gelegentlich, und zwar schon nach therapeutischen Dosen, am nächsten Morgen eine eigenartige gehobene Stimmung einstellen. In der Regel bleibt es bei dem Gefühl körperlichen und seelischen Behagens nach gut durchschlafener Nacht, was besonders dann zutage tritt, wenn mit Schlafstörungen zu rechnen war.

Die Art der Verarbeitung dieses Erlebnisses ist nun individuell recht verschieden. Der psychisch Robuste, dessen Schlaf durch ein organisches

Leiden gestört wurde, wird das Hypnotikum wie jedes andere Medikament begrüßen und es nur so lange gebrauchen, wie es infolge des Grundleidens notwendig ist.

Die Vertreter einer zweiten Gruppe können ebenfalls als psychisch normal gelten; sie gehören nicht einmal zu den Psychopathen. Sie kommen zum Schlafmittel durch konstitutionell bedingten schlechten Schlaf, besonders in Zeiten erhöhter geistiger Inanspruchnahme oder bei Krankheiten. Ferner gehören hierhin die im Rückbildungsalter auftretenden Schlafstörungen. Die Nachwirkung des künstlich erzeugten Schlafes ist hier so ausgesprochen, daß man nicht nur von einer hypnotischen, sondern auch sedativen Wirkung sprechen muß. Der Gebrauch wird recht oft auf längere Zeit ausgedehnt und kann gewohnheitsmäßig werden. Es bleibt bei der therapeutischen Dosis oder sie wird allmählich auf das Doppelte, seltener auf ein Mehrfaches erhöht. Ob man hier von Gebrauch oder Mißbrauch sprechen soll, wird verschieden beurteilt werden. Wir möchten auch die langdauernde regelmäßige Einnahme schon als Mißbrauch bezeichnen, selbst wenn sich keine Sucht daraus entwickelt und Intoxikationserscheinungen ausbleiben. Deren Fehlen erklärt sich nämlich durch erworbene Giftfestigkeit des Organismus, die lediglich als Abwehrmaßnahme anzusehen ist und überdies die Anwendung natürlicher schlaffördernder Maßnahmen immer mehr verhindert. Es widerspricht auch dem natürlichen Empfinden, sich dauernd an ein Medikament zu binden. Die Zahl dieser Mißbraucher hat offensichtlich in den letzten Jahren zugenommen.

Bei einer dritten Gruppe schließlich wird die Schlafmittelwirkung grundsätzlich anders erlebt. Ausgeglichenheit nach gut durchschlafener Nacht wird von diesen Menschen, meist Psychopathen, als etwas ihnen Wesensfremdes, aber gerade darum Angenehmes empfunden. Ein besonderer Anreiz Hypnotika zu gebrauchen liegt vor, wenn, wie gelegentlich, toxische Euphorie hinzutritt. Was ihnen diese Mittel leisten, wird sogleich gewittert. Dabei erscheint ihnen die Nachwirkung, das Ausgeglichensein psychopathischer Gegensätze, als das eigentlich Erstrebenswerte. Der Gebrauch wird fortgesetzt.

Um die anfängliche Wirkung zu erzielen, muß gesteigert werden. Der Organismus paßt sich dem Schlafmittel so sehr an, daß es auch tagsüber genommen werden kann und dann nicht mehr hypnotisch, sondern sedativ, ev. auch, besonders beim Phanodorm, euphorisierend wirkt.

Wie lange ein Hypnotikum gebraucht werden muß, bis sich bei der Anwendung tagsüber keine Schlafwirkung unmittelbar anschließt, das ist individuell recht verschieden und hängt auch von der Schwere des Mittels ab. Beim Phanodorm als leichtem Präparat tritt der Umschwung in der Regel rascher, beim Veronal und Luminal langsamer ein. Meist gehen Wochen und Monate darüber hin. Mit diesem Umschwung ist aus dem Hypnotikum ein Suchtmittel geworden. Das Gebundensein an dieses ist sicherlich ebenso fest wie an den Alkohol.

Treten im weiteren Verlauf Intoxikationserscheinungen auf, wie langdauernde Dösigkeits- und Benommenheitszustände, so werden diese nicht nur mit in Kauf genommen, sondern von manchen Süchtigen sogar begrüßt, »um zu vergessen«, d. h. um Auseinandersetzungen mit Lebensschwierigkeiten enthoben zu werden. Aus dem Beruhigungs- ist ein Betäubungsmittel geworden. —

Auf dem Boden des Dauermißbrauchs stellt sich allmählich ein Krankheitsbild ein, das in psychischer Hinsicht dem des chronischen Alkoholismus ähnelt. Wie bei diesem steht gesteigerte Reizbarkeit im Vordergrund, jedoch

pflegt bei der chronischen Schlafmittelintoxikation die Bewußtseinstrübung deutlicher hervorzutreten. Die für den chronischen Alkoholisten charakteristischen krankhaften Eifersuchtsideen und Schuldgefühle fehlen. Beiden Suchten gemeinsam sind erworbene Alkoholintoleranz, ferner episodische Zwischenfälle wie abnorme Räusche, dämmerzustandsartige Attacken und epileptische Anfälle, letztere relativ oft als Entziehungssymptom. Phanodorm zeichnet sich durch epileptische und epileptiforme Anfälle aus.

Entwickeln sich akute Psychosen, so gehen diese symptomatologisch im wesentlichen in Delir, Halluzinose und Mischzuständen beider auf. Der Häufigkeit nach scheint ein ähnliches Verhältnis wie beim chronischen Alkoholismus zu bestehen. Halluzinose und Delir sind in einzelnen Fällen symptomatologisch von den entsprechenden akuten Psychosen alkoholischer Genese nicht zu unterscheiden. Protahierte Halluzinosen kommen vor, dagegen ließ sich Ausgang in Korsakowsche Psychose bisher nicht nachweisen. Polyneuritis und Kreislaufstörungen treten weniger stark hervor als beim Alkohol, dagegen deutlich Gewichtsabnahme und ein delirfördernder Einfluß durch plötzliche Entziehung. —

Wie kann der Arzt zur Verhütung des Schlafmittelmißbrauchs beitragen? Bei Psychopathen ist die Indikation zum Verordnen vorsichtiger zu stellen als bisher, aber auch bei psychisch Unauffälligen. Es darf die kausale Therapie nicht auf Kosten der symptomatischen vernachlässigt werden, und mit dieser haben wir es fast immer beim Verordnen von Schlafmitteln zu tun. Garnicht zu rechtfertigen ist die Verschreibung ut aliquid fiat, denn es handelt sich nicht um indifferente Mittel. Andererseits soll ausdrücklich auf die Wohltat hingewiesen werden, die der Arzt bei richtiger Anwendung Kranken verschaffen kann. Auch die heilfördernde Wirkung durch Beseitigen bestimmter Schlafstörungen soll nicht verkannt werden.

Mit der bisherigen Gewohnheit, Schlafmittel in einer Packung von 10 Tabletten regelmäßig zu verschreiben, ist zu brechen. Oft genügen 5 Tabletten.

Der Arzt kann zwar wesentlich beitragen zur Verhütung des Schlafmittelmißbrauchs, kann diesen jedoch bei den bisherigen Abgabebestimmungen nicht verhüten. Deshalb sind, wenigstens für einige Schlafmittel, die Abgabebestimmungen zu verschärfen. Entsprechende Maßnahmen sind in Vorschlag gebracht. (Ausführliche Darstellung s. *Pohlisch-Panse,* Schlafmittelmißbrauch. Verlag Thieme, Leipzig 1934).

Aussprache: *Ilberg* regt an, diese wichtigen Forschungsergebnisse der Allgemeinheit in populärer Form zugänglich zu machen.

Pohlisch (Schlußwort): Auf Anregung des Herrn Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes werden demnächst allgemeinverständliche Darstellungen des gegenwärtigen Schlafmittelmißbrauches in medizinischen und Tageszeitungen erfolgen.

Bürger-Prinz (Leipzig): Aufteilung des Korsakow'schen Syndroms. (Referat nicht eingegangen.)

Christiani (Kiel): Über psychisch-nervöse Folgezustände nach Kohlenoxydvergiftung.

Mitteilung über psychisch-nervöse Folgezustände bei etwa 30 Hüttenarbeitern, die ein bis vier Jahre zuvor eine Kohlenoxydvergiftung durch-

gemacht hatten: Kopfschmerz, allgemeine vorzeitige Ermüdbarkeit, gelegentliches Schwindel- und Schwächegefühl, Klagen über Herzklopfen. Vereinzelt Rigor und Reflexstörungen. Hinweis auf die Notwendigkeit, Kohlenoxydvergiftungen bezw. Folgezustände derselben in die Gruppe der Berufskrankheiten einzugliedern.

Geschäftliches: Der Vorsitzende berichtet, daß in der Vorstandssitzung am 29. Juli 1933 in Berlin Professor *Rüdin* und Professor *Kretschmer* — sowie später Obermedizinalrat *Römer* — in den Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie kooptiert wurden, und zwar Professor *Rüdin* als stellvertretender Vorsitzender. Die Versammlung stimmte diesem Beschluß zu, auch dem Vorschlag, die fälligen Neuwahlen erst vorzunehmen, wenn die neu auszuarbeitenden Statuten fertig und genehmigt vorliegen. Der Antrag, den Namen Deutscher Verein für Psychiatrie umzuwandeln in »Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie« wird unterstützt. Der Vorstand wird beauftragt und bevollmächtigt, die neuen Satzungen für die Gesellschaft anzufertigen und durchzuführen.

Die im Vorjahre gestellte Preisarbeit: »Das Häufigkeitsverhältnis von vererbtem und nicht vererbtem Schwachsinn im frühen Kindesalter« soll noch einmal gestellt werden. 1. Preis 500 Mark aus der Kasse des Vereins, 2. Preis 300 Mark, möglichst aus der Kasse der Heinrich Laehr-Stiftung. Arbeiten sind einzusenden an Professor *Nitsche*-Pirna-Sonnenstein, und zwar anonym unter einem Kennwort bis zum 1. spätestens 31. März 1935. Der Name des Verfassers ist in einem dasselbe Kennwort tragenden geschlossenen Kuvert mitzuteilen. Preisrichter sind die Vorstandsmitglieder. Nur Vereinsmitglieder dürfen sich bewerben. Veröffentlichung der besten Arbeit in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie bleibt vorbehalten.

Professor *Eichelberg* trägt den Kassenbericht vor, beantragt die Höhe des Jahresbeitrages wieder auf M. 5.— festzusetzen und bittet die Anwesenden, für den Eintritt von Kollegen in den Deutschen Verein für Psychiatrie zu werben, da noch viele ältere und viele jüngere Kollegen in der Mitgliederliste fehlen. Der Jahresbeitrag ist einzusenden an die Dresdener Bank in Hannover-Münden, Postschecknummer 420 50, Postscheckamt Hannover — auf das Konto des Deutschen Vereins für Psychiatrie. *Ilberg* trägt den Kassenbericht über die Heinrich Lähr-Stiftung vor, den Professor *Max Lähr* eingesandt hat. Beide Kassenberichte sind auf ihre Richtigkeit geprüft worden; den Kassenführern wird Entlastung erteilt. (Die Veröffentlichung der Kassenberichte erfolgte im 102. Band der Allg. Zeitschr. f. Psych. Seite 173 und 174.)

Ferner berichtet *Ilberg*, daß eine Umfrage über Beibehaltung des Literaturberichtes der Allg. Zeitschr. f. Psych. in der bisherigen Form oder dessen Beschränkung auf die Titel ergab, daß sich 65 von ca. 100 Antworten für unbedingte Beibehaltung des Literaturberichtes in der bisherigen Form aussprachen. Demzufolge soll der Literaturbericht in der bisherigen Form beibehalten, aber darauf hingewirkt werden, daß das Heft über die Literatur des Vorjahres nunmehr regelmäßig im laufenden Jahre erscheint.

Der Vorsitzende macht auf die Notwendigkeit, die Statistik und die statistischen Unterlagen regelmäßiger fertigzustellen und an Professor *Nitsche* nach Pirna (Sonnenstein) zu liefern, aufmerksam; einzelne Anstalten und Kliniken seien sogar noch für 1932 rückständig.

Als Schriftführer für *Ilberg*, der sein Amt niederlegt, hat der Vorstand Herrn *Nitsche*-Pirna (Sonnenstein) gewählt.

Auf Vorschlag des Vorsitzenden wählt die Versammlung Obermedizinalrat Dr. *Kolb*, Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. *E. Schultze* und Geheimrat Prof. Dr. *Ilberg* zu Ehrenmitgliedern.

Als Ort der nächsten Versammlung wird Dresden und als Versammlungszeit die Pfingstwoche bestimmt; Lokalkomitee Stadtobermedizinalrat Prof. Dr. *Krisch*-Dresden. Der Vorstand behält sich die Bekanntgabe der Referate und Referenten für Dresden vor. —

War den Teilnehmern an den ersten Tagen Gelegenheit gegeben, die historisch so merkwürdige und städtebaulich ungemein reizvolle Altstadt mit ihren Kirchen, Laubengängen, Giebelhäusern und Stadtschlössern kennen zu lernen, so vermittelte ihnen der Besuch der Kliniken, insbesondere der neuen psychiatrisch-neurologischen Klinik, einen Einblick in die aufstrebende Großstadt Münster.

Der letzte Tag führte eine große Zahl der Teilnehmer gelegentlich eines gemeinsamen Ausflugs mit Autobussen nach dem südlichen Teil des Münsterlandes, zur Besichtigung einiger besonders kennzeichnender westfälischer Wasserschlösser: zuerst nach der von den Bischöfen von Münster als Zwingburg gegen die aufsässigen Dynasten von Lüdinghausen erbauten Burg Vischering, dann nach Schloß Nordkirchen, dem »westfälischen Versailles«, das wiederum ein Fürstbischof von den größten deutschen Baumeistern damaliger Zeit, *Pictorius* und *Schlaun*, erstellen ließ, und zuletzt nach dem versonnenen, in echt westfälischer Landschaft liegenden, dabei doch großzügig angelegten Adelsschloß Westerwinkel.

So gewannen alle Teilnehmer dieser anregend und harmonisch verlaufenen Tagung einen nachhaltigen Eindruck von einem leider viel zu wenig bekannten Landstrich, der an Gütern von Blut und Boden, an historischen und ästhetischen Schätzen, wie an wissenschaftlichen und sozialen Werten sich ruhig mit den reichsten und schönsten Deutschlands messen kann.

Auf Grund von Eigenberichten und Protokollen zusammengestellt von
G. Ilberg (Dresden).

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

234. bis 247. Sitzung.

(Infolge plötzlichen Ablebens des Schriftführers für die Jahre 1932 und 1933 sind leider die Berichte für einige Sitzungen lückenhaft.)

234. Sitzung am 18. Februar 1932.

Oberstaatsanwalt *Viermetz*-Dresden: Ergänzende Mitteilungen zum Thema Sterilisation und Kastration.

Das dänische Justizministerium hat auf Anfrage berichtet, daß die Erfahrungen mit der Kastration (Sterilisation) bei 22 Männern und 15 Frauen günstig waren. —

Krankenvorstellungen: Fälle von Paraphrenie.

Reg.-Obermedizinalrat Dr. *Weicksel*-Hubertusburg: Zur Simulationsfrage.

Unsere Erfahrungen mit dem interessanten Krankenmaterial der Waldheimer Heil- und Pflegeanstalt, das wohl für das heute besprochene Gebiet mehr oder weniger prädestiniert erscheint, sind mir auf Grund meiner nun $4^{1}/_{2}$ jährigen Beobachtung Anlaß, heute über das Grenzgebiet der Simulation zu berichten. In der Bezeichnung Grenzgebiet liegt schon bis zu einem gewissen Grade die heutige Auffassung der Simulation. Simulation und völlige geistige und damit auch charakterologische Normalität passen nicht zusammen: der Simulant ist wohl immer zum mindesten ein Minderwertiger, ein Psychopath, und zwar nicht allein, weil die Simulation eine bewußte Vortäuschung, eine Lüge ist, sondern auch wegen des Zweckes, um dessentwillen simuliert wird; handelt es sich doch um Erlangung und Erfüllung nur rein egoistischer Wünsche, beispielsweise im Rentenverfahren um eine unverdiente Rente, im Gerichtsverfahren um Milderung oder Erlaß einer wohlverdienten Strafe. Daß der Zweck mitbestimmend für die Beurteilung sein muß, lehrt jener Fall — wohl von der Heidelberger Klinik veröffentlicht — wo ein deutscher Offizier in franz. Gefangenschaft über lange Zeit hin und erfolgreich eine Schizophrenie simuliert hat mit der Absicht, auf diesem Wege wieder nach Deutschland zurückkommen zu können. Solche Fälle sind aber so große Ausnahmen, daß sie für die Gesamtbeurteilung nicht ins Gewicht fallen.

Im allgemeinen ist das Prädilektionsmilieu für die Simulation von geistigen Gebrechlichkeiten die Justiz im Untersuchungs- und Strafverfahren, wie für die Simulation körperlicher Gebrechen das Rentenverfahren. So wird der Sachverständige immer wieder in die Lage kommen, zu ausgesprochenen Simulationsbestrebungen Stellung nehmen zu müssen. Dabei haben die früheren Auffassungen der Simulation, vor allem auch mit durch die Kriegserfahrungen, eine bedeutsame Wandlung erfahren, worauf ich einleitend kurz hinweisen möchte. Paßte das gebotene Zustandsbild nicht in ein bekanntes Krankheitsbild hinein, dann lag eben Simulation vor. Mit der fortschreitenden Erkenntnis der psychopathologischen Zusammenhänge kam man davon ab, weil man erkannte, welch starken Prozentsatz die Degenerierten, die Psychopathen zur Simulation stellten. Aber auch jener Standpunkt, es gäbe Simulanten überhaupt nicht mehr, denn jeder Simulant sei zum mindesten psychopathisch minderwertig und daher kein Simulant in des Wortes voller Bedeutung, ist abzulehnen; denn wenn auch der Nachsatz als allgemein gültig anerkannt werden kann, so schließt er doch das erstere keineswegs aus. Simulation ist die gewollte, bewußte Vortäuschung von krankhaften Zuständen, jederzeit willkürlich regulierbar; dazu ist auch der Psychopath im allgemeinen sehr wohl imstande. Zutreffend ist, daß das Ergreifen des Mittels der Simulation zur Erreichung eines bestimmten, minderwertigen Zweckes wohl ausschließlich dem psychopathisch bzw. charakterologisch Minderwertigen vorbehalten ist. Man wird aber den Psychopathen, wenn er bewußt simuliert, genau so als Simulanten auf- und anfassen, wie man den Psychopathen ja auch sonst im allgemeinen berechtigt verantwortlich macht.

Man hätte also zu unterscheiden: Bewußte Simulation, die eigentlichen Simulanten, die ihren minderwertigen Zwecken entsprechend selbst minderwertig sind. Sodann Simulationsbestrebungen im Verlaufe von Psychosen und psychotischen Zuständen, für die das Individuum nicht verantwortlich zu

machen ist, wo man dann also nicht von Simulanten in des Wortes eingeführter Bedeutung sprechen kann. Als drittes werden noch sogen. Simulationspsychosen genannt, auf die später gesondert eingegangen werden soll.

Wenn es simulatorische Handlungen im Gesamtbilde von Psychosen gibt, so liegt zunächst darin schon, daß das frühere, oben erwähnte Entweder—Oder tatsächlich falsch war und mit Recht überholt ist. Als treffliches Beispiel darf ich auf den Fall zurückkommen, den ich voriges Jahr schon zu erwähnen Gelegenheit hatte, als ich über das Grenzgebiet des schizophrenen Formenkreises sprach. Es handelt sich da um einen einwandfrei geklärten Schizophrenen; der Fall befindet sich jetzt seit drei Jahren in weitgehendster Abstumpfung bei uns (Schilderung des Falles).

Hier haben wir also innerhalb einer ausgesprochenen Geisteskrankheit eine simulatorische Phase. Es ist dies Vorkommen gar nicht so absonderlich, wenn man sich klar macht, daß die Simulation eben auf charakterologisch minderwertigem Boden zu finden ist, und dazu überlegt, daß im vorliegenden Falle, wie schon die Art der simulatorischen Handlungen zeigt, eine schwere Charakterdepravation und Persönlichkeitsveränderung durch die Erkrankung Platz gegriffen hatte. Der Fall bestätigt also die längst erworbene Erkenntnis, daß das frühere Entweder—Oder falsch ist. Weiter lehrt uns der Fall, daß die vorgesehene Beobachtungszeit von sechs Wochen u. U. nicht ausreichend sein kann, und zwar kann das gerade bei hartnäckigen Simulanten eintreten. Trotzdem wird man als Gutachter dann nicht in Schwierigkeiten kommen, wenn man sich klar macht: forensisch ausschlaggebend ist der vorliegende Geisteszustand. Besteht der Verdacht einer Simulation, so ist auch dann die zugrunde liegende geistige Gesamtverfassung maßgebend für die Beurteilung, die Simulation ist nur als Symptom zu werten. Entweder nun sind simulatorische Bestrebungen als solche erkannt in dem Sinne, daß eine selbständige, eine echte Simulation vorliegt, dann ist der Geisteszustand ja geklärt, und der Beobachtete, auch wenn er weiter simulieren sollte, kann in die Haft zurück. Oder es besteht auch nach Ablauf der Beobachtungsfrist ein psychotischer Zustand, aber noch nicht als solcher gesichert, so daß der Zustand entweder nur Krankheit oder Krankheit mit simulatorischem Symptomenbild oder echte Simulation sein kann, dann wird der Angeklagte nach Art seines Verhaltens nicht als haftfähig angesehen werden können und wird ohnehin bis auf weiteres anstaltspflegebedürftig sein. Die Beobachtung kann also damit weiter gehen. Eine genügend lange Beobachtung wird immer die richtige Aufklärung bringen, wenn auch u. U. überraschend spät.

Das zeigte sich in einem anderen hiesigen Falle (Schilderung desselben).

Diese Beobachtung führt uns nun auf jenes große Gebiet psychogener Erkrankungsweisen, für die Simulation so sehr Grenzgebiet ist, daß eine Trennung mitunter kaum möglich ist. Die Verbindung psychogen — hysterisch — simuliert spielt zufolge der gerade auf diesem Gebiete fortgeschritteneren Erkenntnis in der neueren Literatur eine gewisse Rolle. Zunächst will ich versuchen, zu erklären, warum man neben psychogen auch noch von hysterisch spricht, welchen Unterschied man da zu machen hat. Zu dem dritten Worte simuliert will ich vorausnehmend erst nochmals betonen, daß Simulieren bewußtes Vortäuschen von Krankheitszuständen ist. Psychogen ist eine Krankheitserscheinung, die nicht organisch bedingt und demzufolge auch nicht organisch gebunden ist und daher jederzeit wieder schwinden kann.

Psychogen ist der Weg, über den eine solche Erscheinung zustande kommt, psychogen ist kausale und finale Bezeichnung, psychogen, psychisch bedingt, ist die Ursache, psychisch auch die End-, die Zielvorstellung.

Was ist nun demgegenüber hysterisch? Hysterisch ist alles das Psychogene mit einer bestimmten, meist so deutlich erkennbaren Note, daß daher der fatale Beigeschmack des Unechten, des Unwahrhaftigen, des Unmännlichen kommt, den man mit hysterisch zu verbinden pflegt. Diese Note ist das Wozu, Wohin, kurz gesagt, der Zweck, den solche psychogen-hysterischen Krankheitszeichen zu deutlich widerspiegeln. »Man merkt die Absicht und wird verstimmt«. Wunschvorstellungen aus Eigennutz, aus der solchen Individuen eigenen Egozentrizität, aus Geltungsbedürfnis oder aus einem gewissen Rechtfertigungsbedürfnis, dem Bedürfnis, eine Handlungsweise oder auch ein Nichtkönnen oder Nichtkönnen-wollen vor sich selbst und der Umwelt zu entschuldigen, zu rechtfertigen.

Aus solchen minderwertigen Vorstellungen entstehen auf psychogenem Wege hysterische Krankheitsbilder, die körperlich als Zitter-, Lähmungs- und andere Erscheinungen auftreten, psychisch als Anfälle, Dämmer- und Verwirrtheitszustände und andere psychotische Zustände. Psychogen ist der weitfassendere Begriff, hysterisch der spezialisiertere. Das Zustandekommen derartiger Reaktionen ist nun einmal an biologisch präformierte Mechanismen gebunden, zum andern an eine emotionelle Komponente, an eine gewisse innerliche Erregung. Die biologischen Mechanismen können wir uns so vorstellen, daß die Schaltung, die zwischen Denken und Handeln, zwischen Empfinden und Ausführen liegt, die zu allen willkürlichen Akten benötigt wird, präformiert leicht geht, so leicht, daß sie sich bei starkem Druck von selbst umschaltet bzw. einschaltet. Der Druck sind die erwähnten Vorstellungen und die Stärke des Druckes die innerliche Erregung, in welche die Vorstellungen das Individuum versetzt haben. Aus dieser Erklärung geht gleichzeitig leicht verständlich hervor, daß die von Hause aus zu leicht gehende Schaltung bei öfterer Benutzung noch eher von selbst sich einschalten wird, die Erklärung dafür, daß erfahrungsgemäß hysterische Mechanismen, wenn sie einmal gegangen sind, in Wiederholungsfällen auch aus leichtesten Anlässen auf- und eintreten können; die Bahnen sind eingeschliffen.

Dies die theoretische Erklärung für das Zustandekommen von psychogen-hysterischen Mechanismen. Sie sind die Reaktion einer bestimmten Persönlichkeit auf ein bestimmtes Milieu. Aber auch das ist nicht zwangsläufig, schicksalsbestimmt, sondern die gleiche Person braucht auf das gleiche Milieu keineswegs immer mit denselben Krankheitserscheinungen zu reagieren, das richtet sich, und da kommen wir wieder zum typisch hysterischen, sozusagen nach der Überschrift, die für die Persönlichkeit über dem Milieu gerade steht. Daher der Name Zweckreaktion. Vielleicht kann ich am besten versuchen, an einem Beispiele die verschiedenen Reaktionsarten zu erklären: (Schilderung).

Sie sehen daraus, daß die Grenze zwischen hysterischer Reaktion und Simulation eine außerordentlich schmale ist. Sie werden selbst empfinden, daß es da teilweise sehr schwierig sein kann, sichere Unterscheidungen zu treffen. Dazu kommt noch die Möglichkeit, daß ein Zustandsbild mit bewußtem Willen, also simuliert beginnen kann, um alsbald vermöge der gegebenen psychischen Konstitution in ein psychogenes Stadium von nicht mehr regulierbarem Ausmaße zu gleiten. Nach *Birnbaum* sollen diese Fälle gerade

so häufig sein, daß er sie als Simulationspsychosen, wie ich sie anfangs schon nannte, abgrenzt. Wie schon der Name Psychosen dabei sagt, macht *Birnbaum* diese Personen nicht verantwortlich. (Schilderung eines derartigen Falles). Dann gibt es aber auch Fälle, die im Bewußtsein ihrer abnormen Reaktionsfähigkeit sich des ihnen bekannten Instrumentes bedienen und darauf spielen, wann und wie sie wollen, die sich dabei auch vorübergehend ins Psychogene gleiten lassen, ohne aber die Führung zu verlieren, die sich jederzeit wieder herausreißen können. Das sind die, welche streng genommen zwar nicht auf dem ganzen Weg ihrer Zweckreaktion reine Simulanten sind, die aber durchaus und berechtigt so an- und aufzufassen sind wie diese. Sind die oben erwähnten Fälle nach Art der *Birnbaum*schen Simulationspsychose beispielsweise zu $^1/_5$ des Weges Simulanten und zu $^4/_5$ psychotisch, so würden diese umgekehrt zu $^4/_5$ Simulanten sein und zu $^1/_5$ psychotisch. Praktisch wird man diese ohne Rücksicht auf ihre vorübergehenden psychogenen Anfälle zu den Simulanten rechnen. Ausschlaggebend für die Beurteilung ist die erkennbare bewußte willensmäßige Regulierfähigkeit des Zustandes, sie zieht die Grenze zwischen krank und simuliert. So gibt es Fälle, die nach dem ersten Eindruck durchaus als Simulanten erscheinen. Beispielsweise hatten wir bis vor kurzem einen Mann, der während der Haftreaktion wegen einer chronischen Urininkontinenz in unsere Anstalt verlegt worden war, nicht weil er damit nicht haftfähig gewesen wäre, sondern zu dem Versuch, durch einen Milieuwechsel diese Milieureaktion zu heilen. Als selbstverständlich ist dabei vorauszusetzen, daß die Urininkontinenz in keiner Weise organisch bedingt war. Der Mann war im März in Haft gekommen, im Juni war der Zustand eingetreten und zwar so hochgradig, daß der Urin in der Blase gar nicht gehalten wurde und dauernd abtropfte. Der Mann hatte bereits dreimal in Preußen Haftentlassung auf diesen Zustand hin erreicht. Es war klar, daß diese Erfahrung und die durch sie gegebenen Vorstellungen jeder psychotherapeutischen Behandlung im Wege standen, es sei denn, daß das dreimal erreichte Ziel, die Haftentlassung in Aussicht gestellt werden konnte. Aber auch dann hatte der Mann jedesmal einer noch 3—4 Monate dauernden Behandlung bedurft, also nach seiner Entlassung, ehe er wiederhergestellt war. Das zeigt ganz deutlich, daß diese Ausfallserscheinungen der willensmäßigen Regulierbarkeit entzogen waren, und wenngleich die klare Zweckvorstellung der Haftentlassung den Mechanismus ausgelöst hatte, so war das doch keine Simulation. Hierher gehören beispielsweise auch die vielen hysterischen Manifestationen, die oft hartnäckigster Behandlung trotzen. Auch die chronisch gewordene Urininkontinenz des erwähnten Falles läßt deutlich erkennen, daß diese Leute die Gewalt über ihre hysterischen Krankheitsausfälle verlieren können. Sie können über die ausgefallene Funktion nicht mehr verfügen; der Mechanismus kann auch, wenn der zunächst erstrebte Zweck erreicht ist, nicht immer zurückgeschaltet werden, selbst wenn das Weiterbestehen persönliche Unbequemlichkeiten zur Folge hat. Der Begriff der Simulation verlangt aber, daß der Simulant jederzeit Herr der Situation ist und bewußt über der Situation steht.

Wenn wir auch wissen, daß die Erkenntnis einer psychogenen Reaktionsfähigkeit bei entsprechend veranlagten Persönlichkeiten eine erhöhte Krankheitsbereitschaft nach sich zieht, daß die erste hysterische Reaktion u. U. andere vermöge der eingeschliffenen Bahnen im Gefolge haben kann,

wenn auch solche Fälle gerade zunächst die Vermutung einer Simulation nahe legen, wie beispielsweise der oben erwähnte mit der immer wiederkehrenden Zweckreaktion der Urininkontinenz, so dürfte es zumeist schon unmöglich sein zu sagen, ob bei Wiedererkrankung die durch die Verhältnisse bedingte Gefühlseinstellung und Gefühlsbetonung den eingeschliffenen Mechanismus in Bewegung gesetzt hat — also rein psychogener, krankhafter Weg —, oder ob die bekannte und damit geläufige Krankheit zunächst bewußt simuliert begonnen hat, um dann infolge des eingeschliffenen Mechanismus haltlos, d. h. so, daß das Individium die Direktion verloren hat, im Sinne der *Birnbaum*schen Simulationspsychose ins Psychogene geglitten ist.

Die von *Birnbaum* abgegrenzte Simulationspsychose ist eine der vielen Zweckpsychosen oder allgemeiner gesagt, Situationspsychosen, die nach meiner Erfahrung entweder selten festzustellen ist oder doch verhältnismäßig selten auftritt, so daß ich es weder für praktisch noch weniger für praktisch notwendig erachten möchte, sie besonders von den anderen vielartigen Zweckpsychosen zu trennen, zumal Verständnis und Beurteilung durch den Namen Simulationspsychose m. E. nur erschwert werden.

235. Sitzung am 7. April 1932.

Prof. Dr. *Friedländer*-Freiburg i. Br.: Die gerichtlich-medizinische Bewertung der Trancezustände und des Hellsehens.

Einleitend wird die Frage aufgeworfen, wie es zu erklären sei, daß trotz der Fortschritte auf allen Wissensgebieten die vernunftmäßige Einstellung eines großen Teils der Menschen ein rückschrittliches Verhalten zeigt, Aberglaube, falschgerichteter Mystizismus, Beeinflußbarkeit, Heil- und anderer Schwindel stets größere Ausbreitung gewinnen. Beantwortet wird die Frage durch den Hinweis auf die Unterhöhlung des Vertrauens zur Wissenschaft und ihren Vertretern, auf den Mangel an Ehrfurcht, Tradition, echtem Glauben. Seit einigen Jahren wird das Wort von einer medizinischen Krise ebenso häufig gebraucht, wie das von einer Krisis in der Rechtspflege. Der verlorene Krieg, der Krieg nach dem sogenannten Frieden, die stets gefährlicher werdende Weltwirtschaftskrise führten zur Entwurzelung, zur Hoffnungslosigkeit, zu Ersatzbefriedigungen, zu verstärkter Befassung mit dem »Okkulten«. Die Kulturgeschichte läßt uns seit Jahrtausenden ähnliche Geisteshaltungen erkennen, die regelmäßig im Anschluß an welt- und menschheitserschütternde Einflüsse auftraten.

Zum eigentlichen Vortragsinhalt übergehend, erinnert der Referent daran, daß eine Erklärung für das unleugbar gesunkene Vertrauen zur wissenschaftlichen Heilkunde in dem sich immer mehr ausbreitenden und dreister sich gebärdenden Kurpfuschertum zu erblicken sei. Deutschland ist das einzige sogenannte Kulturland, das (seit 1866) jedem, auch dem mit Zuchthaus vorbestraften und völlig ungebildeten Menschen die Ausübung der Heilkunde gestattet. (Siehe »Kurierfreiheit« [Wissenschaft und Okkultismus], *Friedländer*, Verlag J. F. Lehmann, München, 1926.)

Referent erläutert, was er unter Trance-, Dämmer-, ekstatischen Zuständen versteht. Er gibt einige Beispiele von Fällen, die er beobachtete, bei denen eine sogenannte Spaltung der Persönlichkeit auftrat. Er bespricht die (sehr selten gewordenen) hysterischen, dann die alkoholischen und epileptischen Dämmerzustände. Einzelmanien (Klepto-, Pyro-Manie) lehnt er ab,

d. h. wenn eine vornehme Dame Warenhausdiebstähle begeht oder ein Knecht die gefüllte Scheune seines Dienstherrn ansteckt, die Beobachtung aber keine sonstigen krankhaften Abweichungen erkennen läßt, so handelt es sich eben um Diebstahl oder um böswillige Brandstiftung. An einigen Beispielen, die aus der Sachverständigentätigkeit des Referenten stammen, erläutert er das Wesen echter und simulierter hypnoider Trancezustände. Er bespricht andeutungsweise die Psychologie der Suggestion, der Hypnose. Er geht auf die Frage der post-hypnotischen Suggestion sowie der von Verbrechen an Hypnotisierten und durch Hypnotisierte ein. Wirklich beweisende Fälle für die Möglichkeit, selbst stark beeinflußbare Persönlichkeiten durch hypnotischen Zwang zu einem Verbrechen zu veranlassen, sind im Schrifttum kaum zu finden. (Siehe *Friedländer:* »Hypnose und Rechtspflege«, Zeitschrift f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1923 — 84. Bd. — »Die forensische Bedeutung der Hypnose«, Münchener medizinische Wochenschrift 1924, Nr. 18 —.)

An einem Fall F., der Gegenstand eines in vieler Beziehung sehr bemerkenswerten Gerichtsverfahrens wurde, schildert der Referent die Folgen, die eine Laienhypnose bei einem 20jährigen, körperlich und seelisch gesunden jungen Manne hatte. Dieser wurde von einem Laien, wie aktenmäßig feststeht, innerhalb einiger Monate öfter als 300mal hypnotisiert und erhielt u. a. den hypnotischen Auftrag, einem Kameraden die Geldbörse zu entwenden. F. führte später zwei Diebstähle, anscheinend im wachen Zustande, aus. Referent wies nach, daß diese Diebstähle im post-hypnotischen Dämmerzustand begangen worden waren. Eine dem Angeklagten erteilte posthypnotische Suggestion verwirklichte sich nach mehr als vier Monaten.

Von den echten Trancezuständen ging Referent zu den vorgetäuschten über, die er ebenfalls an Hand eines Gerichtsverfahrens erläuterte. In diesem Falle waren es zwei kurpfuschende Brüder, von denen der eine den anderen innerhalb eines Tages 50mal und öfter angeblich in hypnotische Trance versetzte. Der angeblich Hypnotisierte stellte dann auf Grund des Namens, Alters und Wohnortes der Kranken die Diagnose! Der Vortragende gab die hauptsächlichen Merkmale an, die eine Unterscheidung zwischen echtem und vorgetäuschtem hypnotischen Tiefschlaf ermöglichen.

Der letzte Teil des Referats befaßte sich mit der Frage des Hellsehens. Man muß unterscheiden zwischen Variétéhellsehern, wie Fred Marion, der von der Dresdener Strafkammer an dem Tage dieses Referats wegen täuschender Reklame verurteilt worden war, und jenen Männern der Wissenschaft, die sich mit der Erforschung des Okkultismus befassen. Referent ist der festen Überzeugung, daß bei allen Variétéhellsehern bewußte oder unbewußte Täuschung, in manchen Fällen sicherlich bewußter Betrug vorliegt.

Auf die Frage, ob die Möglichkeit eines Hellsehens besteht, konnte nicht eingegangen werden. Die Annahme eines echten Hellsehens würde unser Natur- und Weltbild umstoßen bzw. ändern und zwangsläufig zur Aufgabe des Kausalgesetzes führen. Sowohl den Gesundheitsbehörden, wie ganz besonders aber der Presse fehlt noch die volle Einsicht für die außerordentliche Schädigung der Volksgesundheit und des Volksvermögens durch Treiben von Wahrsagern, Hellsehern, Magnetopathen usw. Sicherlich hat die offizielle Wissenschaft oft geirrt und sich gegenüber der Anerkennung von Erscheinungen, die zunächst nicht erklärt werden konnten, allzulange ablehnend verhalten.

Was aber heute von sogenannten Hellsehern dargeboten und von einer gläubigen Menge, zu der auch Hochgebildete gehören, als Tatsache hingenommen wird, erweist einen kulturellen Rückschritt, der eine Abnahme der kritischen Urteilskraft und eine Zunahme der Verdummung im Gefolge haben muß.

236. Sitzung am 29. 5. 1932.

Besichtigung der Heil- und Pflegeanstalt Waldheim mit Vortrag von Oberreg.-Med.-Rat Dr. *Nothaaß*-Waldheim und Vorstellung von 2 Mördern, die das Symptomenbild des Unschuldwahnes boten.

237. Sitzung am 25. 6. 1932.

Besichtigung der Landesheil- und Pflegeanstalt Arnsdorf.

Dr. *Schlegel*-Arnsdorf führte und hielt einen Vortrag über Wesen, Einrichtungen und Aufgaben der Anstalt.

Dr. *Carrière*-Arnsdorf stellte eine psychopathische Frau vor, die, früher wegen Hehlerei schwer bestraft und im Verdacht der Hochstapelei festgenommen, jetzt eine progressive Paralyse aufwies, die unter der Behandlung völlig geschwunden ist. Der Vortrag bezweckte im wesentlichen, Schwierigkeiten in der Beurteilung der Frage der Entmündigung aufzudecken.

Dr. *Leonhardt*-Arnsdorf stellte eine nach § 81 StGB. eingewiesene Kranke vor, die sich Wechselgeldfallen-Taten zu schulden hat kommen lassen. Die Kranke zeigte interessante Symptome einer Pseudodemenz.

Dr. *Küffner*-Arnsdorf sprach über das Thema der Kastration und stellte kasuistisch den Fall eines kastrierten Sexualverbrechers vor und besprach gleichzeitig einen zweiten Fall eines Exhibitionisten, die beide vor kürzerer Zeit in Arnsdorf kastriert wurden und bis jetzt einen günstigen Verlauf zeigten.

Aussprache: Dr. *Nitsche*-Sonnenstein und Dr. *Künzel*-Arnsdorf.

238. Sitzung am 29. 9. 1932.

Dr. *L. Gaupp*-Pirna/Sonnenstein: Zur Frage der Bewußtlosigkeit im Sinne von § 51 StGB.

I. Einleitung (auszugsweise): In den meisten Fällen involviert der Tatbestand der Bewußtlosigkeit im Sinne von § 51 zugleich den der krankhaften Störung der Geistestätigkeit. Zu den seltenen Fällen von nichtkrankhafter Bewußtseinsstörung gehören die Schlaftrunkenheitszustände, über die kurz referiert wird. Kurze Charakterisierung der pathologischen Dämmerzustände und der Dämmerzustandsdelikte. Besonderer Hinweis darauf, daß weder ein normales Motiv noch eine gewisse Plan- und Zweckmäßigkeit bei der Deliktsbegehung den Tatbestand der Bewußtlosigkeit resp. das Vorliegen eines Dämmerzustandes ausschließen. Besonders eingegangen wird auf die Frage der Bewußtseinstrübung auf der Höhe des Sexualaffekts: Bei echt pathologischen Affektzuständen findet man meist Bewußtseinseinengung und nachträgliche Amnesie; die pathologischen Affektdelikte sind als solche meist leicht zu erkennen. Hinweis darauf, daß das nachträgliche Nichterinnernkönnen auf Einzelheiten bei Sexualdelikten keineswegs stets eine echte Amnesie beweist. Daß Sexualdelikte echte Zwangshandlungen darstellen, ist außerordentlich selten, viel seltener, als es von den Delinquenten behauptet

wird. Zum Nachweis der Unwiderstehlichkeit des Triebes gehört der Nachweis, daß ein kranker Mensch gehandelt hat und daß er unfähig war, rechtlichen oder sittlichen Gegenvorstellungen Einfluß auf sein Handeln zu gewähren. In solchen Fällen ist stets an Epilepsie zu denken.

II. Bericht über einen Fall von fraglicher Ostitis fibrosa Paget des Schädels bei einem 46 Jahre alten Postbeamten mit Dämmerzustandsdelikten. Jähzorniger, reizbarer, äußerst lügenhafter Mensch, Potator, der nach beschworenen Zeugenaussagen unmittelbar vor und nach Begehung der Taten deutliche epileptische Symptome geboten hat. Entwendete während des Dienstes Briefschaften in umsichtiger Weise und zerriß sie zum Teil in seiner Hosentasche. Behauptete, bei der Vernichtung von Gegenständen sexuelle Befriedigung zu empfinden. Auffallend kleine Testes, abnorme Adipositas, inkretorische Störung. Hatte vor Jahren in einem echten pathologischen Rauschzustand exhibitioniert und war nach § 51 exkulpiert worden. Begutachtung außerordentlich erschwert durch widersprechende Zeugenaussagen und durch die Lügenhaftigkeit des Angeklagten, der seine Epilepsie verheimlichen wollte und für die angeblich abnorme Sexualhandlung als solche den § 51 erstrebte. Freispruch nach § 51 wegen Wahrscheinlichkeit der Epilepsie; die angebliche Perversität allein genügt nicht, um den Tatbestand des § 51 zu bejahen.

239. Sitzung am 27. 10. 1932.

Dr. *Carrière*-Arnsdorf: Strafrechtliche Verantwortung nach früheren psychischen Erkrankungen.

Durchgemachte psychische Erkrankungen schließen nicht die strafrechtliche Verantwortung aus (Beispiel Gutachten über einen Epileptiker, der trotz mehrfacher Dämmerzustände wegen Teilnahme an Streikunruhen voll verantwortlich gemacht wurde sowie auch für einen schweren Wutausbruch in der Haft, da aus der Situation voll erklärbar — entgangene sehr gute Arbeitsgelegenheit); dies kann namentlich für die progressive Paralyse seit Einführung der Fieberbehandlung schon heute dem Gutachter große Schwierigkeiten machen (Beispiel einer schweren Psychopathin, die eine Paralyse mit anscheinend völliger psychischer Remission durchmachte, und deren Reizbarkeit und Haltlosigkeit genau so schon vor der Paralyse bestand). Enge Anlehnung an *Vorkastner* (*Bumke*s Handbuch der Geisteskrankheiten) in der Auffassung, daß Defektzustände nach durchgemachter Psychose nicht anders zu behandeln sind als andere geistige (angeborene) Defektzustände.

Ähnlich wie die progressive Paralyse scheint die Schizophrenie jetzt in den Bereich der heilbaren Geisteskrankheit gerückt. Besprechung neuerer Theorien über die Ursachen der Schizophrenie (chronische Infektion, Darmgifte) und einiger auf Grund dieser Theorien behandelten und gesundeten Fälle, sowie der Ansichten von Außenseitern, die wie der Wiener Gynäkologe *Aschner*, durch Rückgreifen auf früher allgemein geübte Behandlungsarten (Abführ- und Brechmittel usw.) glauben, Schizophrenie heilen zu können. Es wird betont, daß sich für die große Masse der Schizophrenien noch nichts geändert hat, im Einzelfall aber der Gutachter auch heute schon ähnlich gestellt sein kann wie bei psychisch (eventuell mit Defekt) geheilten Paralysen, zumal die Diagnose Schizophrenie heute viel weiter greift, als die alte Dementia praecox *Kraepelin*s, sodaß die Franzosen unter dem Ausdruck

»Schizophrenie« schon wieder besonders leicht verlaufende und heilbare Formen abzugrenzen versuchen. Hingewiesen wird auch darauf, daß als Defektzustand nach frühzeitigem schizophrenen Schub offenbar auch Formen entstehen können, die später als reine Psychopathen anmuten (Anführung eines solchen Falles). Es besteht daher durchaus die Möglichkeit, daß der eine als angeborener Psychopath angesehen und bestraft wird, während beim anderen zufällig ein früherer schizophrener Schub bekannt ist, sodaß er exkulpiert wird. Gerade daher ist es wichtig, gutachtlich nicht nur den Defekt, sondern eine wirklich bestehende krankhafte Störung der freien Willensbestimmung, also einen aktiven Krankheitsprozeß, nachzuweisen, wenn der Defekt nicht an sich groß genug ist. — Der Vortrag beschränkte sich auf die strafrechtliche Seite des Problems. Die soziale und eugenische Seite wurde nur gestreift. —

Aussprache: Dr. *Kahl*-Dresden erhebt Bedenken gegen die Übung, Paralytikern, die eine Fieberbehandlung durchgemacht haben, den Führerschein für Kraftfahrzeuge zu erteilen.

Dr. *Oppe*-Dresden: schlägt eingehende Behandlung dieser Frage in einer besonderen Sitzung vor. — Er betont weiter, daß die Frage der Eidesfähigkeit zu trennen ist von der Frage, ob der Zeuge bei der Wahrnehmung und bis zur Wiedergabe der Wahrnehmung geistig gesund war. — Die Möglichkeit der Heilung von Geisteskrankheiten wird bei der Erörterung eugenischer Maßnahmen (Sterilisation, Schwangerschaftsunterbrechung) zu berücksichtigen sein. — Wenn Infektionen als Ursachen von Geisteskrankheiten in Betracht kommen können, wird weiter die Stellungnahme zur Frage der Kriegsbeschädigung zu revidieren sein.

Dr. *Sagel*-Arnsdorf: unterstreicht letzteres.

Dr. *Carrière*-Arnsdorf: betont im Schlußwort die Erziehbarkeit Geisteskranker.

240. Sitzung am 17. 11. 1932.

1. Krankenvorstellungen. a) Dr. *Sternberg:* stellt eine erblich belastete 40jährige Kranke vor, die an häufig wiederkehrenden Erregungszuständen mit Halluzinationen und Stimmenhören leidet. Früher irrtümlich als Schizophrenie und Hysterie beurteilt. Anfallartiges Auftreten mit schnellem Auf- und Abstieg, Bewußtseinstrübung, anschließend Benommenheit, Schlaf, darnach Amnesie zeigen ein den epileptischen Zuständen nahekommendes Krankheitsbild. Es handelt sich um besonders geartete, periodisch auftretende Dämmerzustände.

b) Medizinalrat Dr. *Gebert:* stellt eine 39jährige Taschendiebin vor: Krankhafte Haltlosigkeit, die nur in einer bestimmten Situation regelmäßig auftritt, während die Führung der Patientin sonst gut ist. Sie ist geschlechtlich unberührt. Eine Erklärung aus dem Sexuellen erscheint nicht möglich.

Dr. *Reiß:* beantwortet die Frage eines Richters nach der Diagnose in diesem Falle dahin: besondere Form des Schwachsinns mit psychopathischem Einschlag.

2. Landgerichtsrat Dr. *Geißler:* teilt Neues zur Frage der Sterilisation mit, namentlich bespricht er die bedeutsamen Aufsätze im letzten Bande der Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft (S. 388 ff.)

und die Entschließung der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung auf ihrer diesjährigen Tagung in Frankfurt a. Main (Forderung eines Reichsgesetzes über Sterilisation aus eugenischen Gründen mit Einwilligung des Betroffenen, Empfehlung der Zulassung auch aus sozialen Gründen).

Dr. *Ilberg* I-Dresden: berichtet anschließend über das im schweizerischen Kantone Waadt geltende Sterilisierungs-Gesetz.

Dr. *Kästner*-Dresden: setzt sich für die Zulassung der Sterilisierung aus sozialen Gründen ein.

241. Sitzung am 15. 12. 1932.

Medizinalrat Dr. *Oehmig*-Dresden: Entmündigt nach § 6 Abs. 1 BGB. und strafrechtlich verantwortlich.

Oe. weist darauf hin, daß dieses Thema in der psychiatrischen Literatur bisher so gut wie gar nicht behandelt worden ist. Auch die Lehrbücher geben dazu nur ganz kurze Erklärungen, man hält es wahrscheinlich für überflüssig, näher auf diese Beziehungen einzugehen, da theoretisch ja alles hierzu paragraphenmäßig in den Gesetzbüchern festgelegt und formuliert ist. Es werden die einschlägigen Paragraphen angeführt und besonders die Begriffe Geschäftsfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit nach diesen Paragraphen erörtert. In der Mehrzahl der Fälle werden bei wegen Geistesschwäche Entmündigten Zweifel an der strafrechtlichen Verantwortlichkeit bestehen. Die Fälle, wo trotz Entmündigung Zurechnungsfähigkeit besteht, sind aber nicht selten. Im laufenden Jahr sind z. B. *Oe.* fünf Fälle durch die Hände gegangen, die, trotzdem die Voraussetzungen des § 6 BGB. erfüllt waren, nicht den Schutz des § 51 zuerkannt bekommen konnten. Der Betroffene selbst und seine Angehörigen halten es meist für selbstverständlich, daß das Entmündigtsein Straffreiheit gibt. Die Strafgerichte prüfen nach den Erfahrungen *Oe.s* bei Entmündigten nicht immer noch besonders die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit durch eine besondere psychiatrische Begutachtung, wie das stets geschehen müßte, sondern ihnen genügt mitunter die Tatsache, daß Entmündigung wegen Geistesschwäche vorliegt, das Verfahren wegen Zweifel an der Verantwortlichkeit einzustellen.

Es wird kurz über die oben genannten fünf Fälle, sämtlich Männer, berichtet.

F. 43 Jahre alt. Von 1922 ab 37mal in der Dresdner Klinik Löbtauer Straße gewesen, außerdem siebenmal in der Landesanstalt Arnsdorf, einmal in der Anstalt Waldheim und jetzt wieder dort. Zuführung in die Dresdner Klinik meist wegen pathologischen Rausches mit schweren Erregungszuständen, ferner wegen Krämpfen und mehrfach wegen Selbstmordversuches. Wiederholt vorbestraft, aber auch mehrfach nach § 51 exkulpiert. Entmündigung erst 1930, nachdem er über acht Jahre lang immer und immer wieder gröbste Störungen in der Öffentlichkeit verursacht hatte und weit über 30mal in Anstalten untergebracht werden mußte. Debiler hysterischer Psychopath. Ist von hier aus vor kurzem in einer Strafsache wegen Beleidigung, Bedrohung und Beamtenbeleidigung für verantwortlich erklärt und ist bestraft worden. Antrag auf Aufhebung der Entmündigung war erfolglos.

L., 31 Jahre. Von 1921 ab 11mal in der Klinik Löbtauer Straße gewesen. Die ersten Male meistens wegen Krämpfen nach Aufregungen, zweimal wegen Dämmerzuständen, mehrfach wegen Selbstmordversuches, vorbe-

straft wegen Betruges. Mehrere Strafsachen schweben noch. Weicher, haltloser und willensschwacher Psychopath. Gemindert zurechnungsfähig. Der Antrag auf Entmündigung war von der Ehefrau kürzlich gestellt worden in der Erwartung, daß er als Entmündigter strafrechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werde. Das Entmündigungsgutachten ist von *Oe.* erstattet worden.

M., 6mal in hiesiger Klinik gewesen, außerdem mehrfach in Landesanstalten. Erste Zuführung, weil er seine Frau mit dem Revolver bedroht hatte, später wegen Betrunkenheit und aus anderen Gründen. Sehr häufig vorbestraft, aber auch häufig nach § 51 exkulpiert. 1927 als paranoisch-querulatorische Persönlichkeit mit Alkoholismus wegen Geistesschwäche entmündigt. 1930 wurde vom Gerichtsarzt die Aufhebung der Entmündigung u. a. deshalb befürwortet, »da es dem M. allem Anschein nach gelungen sei, sich durch die Entmündigung mehrfach der Strafe zu entziehen«. Letzteres trifft zu. An mehreren kleinen Amtsgerichten in Preußen sind Strafverfahren gegen ihn wegen Betruges nach § 51 eingestellt worden, nachdem sich M. auf sein Entmündigungsgutachten berufen hatte. — M. ist ein immer wieder straffälliger, großsprecherischer, querulatorischer Psychopath, der von Oe. für seine Betrügereien mehrfach für verantwortlich begutachtet worden ist. Sein kürzlich gestellter Antrag auf Aufhebung der Entmündigung hat keinen Erfolg gehabt.

B., ganz ähnlicher Fall wie M. Achtmal in der Klinik Löbtauer Straße gewesen, dreimal in Landesanstalten; wegen Betruges, Urkundenfälschung, Widerstandes vielfach vorbestrafter, querulatorischer Psychopath. Bis 1927 in einer Landesanstalt »als Querulantenwahn«, generell als unter den § 51 StGB. fallend, begutachtet und im Anschluß daran wegen Geisteskrankheit entmündigt. In der Klinik Löbtauer Straße ist er später mehrfach für strafrechtlich verantwortlich begutachtet worden. Es schwebt jetzt die Aufhebung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit. Hier ist Umwandlung in Entmündigung wegen Geistesschwäche befürwortet worden.

Der fünfte Fall betrifft einen haltlosen, verschwenderischen und moralisch stumpfen Psychopathen, der mehrfach wegen Betruges vorbestraft ist und dessen Entmündigung noch schwebt. Die Voraussetzungen des § 6 BGB. werden hier für erfüllt gehalten.

242. Sitzung am 26. I. 1933.

Obergefangenenanstaltsdirektor Dr. *Eichler* und Regierungsmedizinalrat Dr. *Krahl,* beide in Bautzen, über Haftfähigkeit.

Dr. *Eichler* führte aus: Der Begriff »Haftfähigkeit« ist ein Rechtsbegriff, zwar kein gesetzlicher, aber ein wissenschaftlicher und in der Praxis sehr bedeutungsvoller Rechtsbegriff. Er setzt den Gesundheitszustand einer Person in Beziehung zu der an ihr zu vollstreckenden Haft, bedeutet eine rechtliche Würdigung des Gesundheitszustandes im Hinblick auf die Frage, ob angesichts dieses Zustandes die zu vollstreckende Haft vollzogen bzw. weiter vollzogen werden darf oder aufgeschoben bzw. ausgesetzt werden darf. Die Frage der Haftfähigkeit oder Haftunfähigkeit ist nicht ohne weiteres einheitlich zu beantworten, wir müssen insbesondere zwischen Strafhaft-, Zivilhaft- und Untersuchungshaftfähigkeit und -unfähigkeit unterscheiden.

I. Strafhaftfähigkeit (Strafvollzugsfähigkeit).

1. Strafantrittsfähigkeit: Regelung in § 455 StPO.

Strafantrittsunfähigkeit danach

a) bei Verfall in Geisteskrankheit. Mit *Leppmann* wird man unter Geisteskrankheit hier eine geistige Erkrankung zu verstehen haben, die dem Verurteilten das Verständnis für seine Strafe und deren Vollstreckung nimmt. Wollte man auf das Verständnis für Sinn und Wesen der Strafe überhaupt abstellen, so würde das eine Anforderung bedeuten, der selbst geistig Gesunde vielfach nicht gewachsen sind;

b) bei Besorgnis des Eintritts einer nahen Lebensgefahr durch die Vollstreckung. Wann man von einer nahen Lebensgefahr sprechen muß, läßt sich nur im Einzelfalle sagen. Wichtig ist, daß die hier in Betracht kommende Voraussetzung nicht vorliegt, wenn auch ohne den Haftvollzug eine nahe Lebensgefahr sowieso besteht. Weiter ist zu beachten, daß hier offenbar nur solche Fälle gemeint sind, bei denen trotz sachgemäßer ärztlicher und sonstiger Behandlung und trotz sachgemäßer Gefängniseinrichtungen der Haftvollzug voraussichtlich die Wirkung der Herbeiführung einer nahen Lebensgefahr hat.

In diesen beiden Fällen handelt es sich um eine echte, d. h. rein persönliche und absolute, d. h. unter allen Umständen bestehende Haftunfähigkeit, die einen gemäß § 458 StPO. verfolgbaren Anspruch des Verurteilten auf Nichtvollstreckung begründet.

Nach § 455 Abs. 3 StPO. kann die Vollstreckung auch dann aufgeschoben werden, wenn sich der Verurteilte in einem körperlichen Zustande — gemeint ist wohl Gesundheitszustand überhaupt — befindet, bei welchem eine sofortige Vollstreckung mit der Einrichtung der Strafanstalt unverträglich ist. Hier handelt es sich also um ein Aufschiebendürfen, um eine Ermächtigung der Strafvollstreckungsbehörde, von ihrer Pflicht zu alsbaldiger Vollstreckung eine Ausnahme zu machen. § 455 Abs. 3 StPO. dürfte demnach in § 458 Abs. 2 StPO. nicht mit gemeint sein. Es kommen hier zwei Arten von Fällen in Betracht:

c) der Fall, daß der Staat nicht in der Lage ist, den Verurteilten in einem seiner Gefängnisse seinem krankhaften Zustande gemäß einwandfrei unterzubringen und zu behandeln, d. h. die insoweit dem Verurteilten gegenüber bestehende Fürsorgepflicht zu erfüllen. Hiernach kann ein Verurteilter für ein bestimmtes Gefängnis haftunfähig sein, ohne es für ein anderes zu sein (relative Haftunfähigkeit). Man kann hier auch von einem Sonichtvollstreckendürfen dem Verurteilten gegenüber sprechen, und insofern zeigt der Fall eine gewisse Verwandtschaft mit den Fällen unter a und b;

d) der Fall, daß der Gefangene in seinem krankhaften Zustand einen unerträglichen und nicht zu beseitigenden Störungszustand ins Gefängnis bringen würde. Auch hier relative Haftunfähigkeit.

2. Straffortsetzungsfähigkeit.

Hierüber sagt die StPO. nichts. Maßgebend für Sachsen ist § 124 StVO. Dort finden wir die eben unter 1 c und d aufgeführten entsprechenden Haftunfähigkeitsgründe wieder. Es ist aber nicht einzusehen, warum nicht auch die beiden Gründe absoluter Haftunfähigkeit hier Platz greifen sollten, die wir oben unter 1 a und b gefunden haben. Unterschied nur der, daß hier

das Vollstreckungsgericht unbeteiligt ist. In Sachsen zuständig die Strafvollzugsbehörde (§ 249 StVO.).

Liegen diese Fälle von Straffortsetzungsunfähigkeit vor, so braucht es nicht etwa immer zu einer Unterbrechung der Strafvollstreckung zu kommen, sondern nur zur Aufgabe des regulären Vollzugs und sozusagen zu einer Abschwächung der Vollstreckung. Das ergibt sich aus dem vielumstrittenen § 461 StPO. (§ 53 Sächs. StVV. wird ihm nicht völlig gerecht), nach dem wegen Strafvollzugsunfähigkeit eine Verbringung in eine öffentliche Krankenanstalt möglich ist, ohne daß der Lauf der Strafzeit unterbrochen wird. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Sächs. Verordnung vom 15. 10. 28 über die Unterbringung erkrankter Gefangener usw. in einer öffentlichen Krankenanstalt. Eine Unterbrechung der Strafvollstreckung darf in diesen Fällen nicht willkürlich, sondern wohl nur dann angeordnet werden, wenn Rückkehr in den regulären Vollzug aussichtslos ist.

II. Zivilhaftfähigkeit.

§ 906 ZPO.: Gegen einen Schuldner, dessen Gesundheit durch die Vollstreckung der Haft einer nahen und erheblichen Gefahr ausgesetzt wird, darf, solange dieser Zustand dauert, die Haft nicht vollstreckt werden.

Damit ist offenbar ein Grund sowohl der Zivilhaftantrittsunfähigkeit wie der Zivilhaftfortsetzungsunfähigkeit gegeben. Es handelt sich insoweit um eine echte und absolute Haftunfähigkeit besonderer Art. Sachgemäße Behandlung usw., trotz deren die Gefahr besteht, ist offenbar vorausgesetzt.

Neben diesem im Gesetz erwähnten Grunde müssen aber auch hier die oben unter 1c und d angeführten Gründe von Haftunfähigkeit für den Haftantritt und entsprechend für die Haftfortsetzung anerkannt werden.

Wie es bei der Zivilhaft mit der Verbringung in eine öffentliche Krankenanstalt steht, soll hier nicht erörtert werden.

III. Untersuchungshaftfähigkeit: Gesetzlich nicht geregelt.

Der Gesundheitszustand kann der Fortführung des Verfahrens rechtlich entgegenstehen, indem sich entweder herausstellt, daß der Untersuchungsgefangene geisteskrank ist und sich schon bei der Tat in unzurechnungsfähigem Zustande befunden hat, oder daß er nachträglich in Geisteskrankheit verfallen ist. Mit dem Verfahren erledigt sich natürlich auch die Untersuchungshaft.

Unter Umständen ist der Gesundheitszustand so, daß er entweder den Fluchtverdacht oder den Verdunkelungsverdacht beseitigt. Damit entfällt eine unerläßliche Voraussetzung des Haftbefehls.

Unter Umständen wird der Richter, wenn er bei Vorliegen der allgemeinen Haftvoraussetzungen pflichtmäßig die Bedeutung des Falles für den Staat und die Schwere des Eingriffs in die persönliche Freiheit gegeneinander abwägt, auch den Gesundheitszustand maßgebend berücksichtigen müssen. § 112 StPO.: »darf«.

Bis hierhin ist von Haftunfähigkeit noch nicht die Rede.

Vom Nichterlaß oder von der Aufhebung des Haftbefehls ist scharf zu scheiden die Aussetzung seiner Vollstreckung bzw. die Aussetzung des Weitervollzugs der Untersuchungshaft. Nur in solchem Zusammenhange läßt sich von Haftunfähigkeit reden.

Ein Fall absoluter Haftunfähigkeit liegt hier wohl vor, wenn der Haftvollzug den Untersuchungsgefangenen zum Tode, zur Geisteskrankheit, in eine nahe Lebensgefahr zu bringen droht, oder wenn er den Untersuchungsgefangenen verhandlungsunfähig gemacht hat oder zu machen droht. Denn damit wäre der Zweck der Untersuchungshaft vereitelt. Hier also Aussetzung der Vollstreckung ohne oder gegen Sicherheitsleistung oder Abschwächung der Vollstreckung durch Verbringung in eine öffentliche Krankenanstalt, Hausarrest, Meldepflicht, Kontrolle der ärztlichen Behandlung usw.

Hinzu treten auch hier die oben unter I. 1c und d angeführten Gründe relativer Haftunfähigkeit.

Zu I.—III. ist noch erwähnenswert, daß jeweils nicht die die Haftfähigkeit, sondern die die Haftunfähigkeit begründenden Umstände feststellungsbedürftig sind.

Reg.-Medizinalrat Dr. *Krahl*-Bautzen: über Haftfähigkeit im amtsärztlichen Sinne. Eine Erörterung dieser Frage entspringt einem dringenden Bedürfnis, um irrige Auffassungen in der Ärzteschaft, die sich besonders in der Ausstellung diesbezüglicher Zeugnisse kundzugeben pflegen, klären zu können. Auch in ärztlicher Hinsicht muß zwischen der Haftfähigkeit des Untersuchungsgefangenen und des Strafgefangenen unterschieden werden.

Bezüglich der Geisteskrankheiten wird darauf hingewiesen, daß nicht jede Geisteskrankheit an sich ohne weiteres Haftunfähigkeit bedingt, namentlich nicht der Psychopath, Schwachsinnige, Alkoholist und Süchtige. Es wird auf das seltenere Auftreten der Haftpsychose infolge der modernen Gestaltung des Strafvollzuges hingewiesen. Haftunfähigkeit infolge sogenannter Sexualnot wird strikte abgelehnt.

Krankheiten im Sinne des Absatz 2 des § 455 der StPO. werden in chirurgische und innere gegliedert. Es wird darauf hingewiesen, daß bei akuten, chirurgischen Erkrankungen unbedenklich ein Strafaufschub zu gewähren sei, bei chronischen jedoch gestattet die moderne Gefangenenanstalt durch ihre sanitären Einrichtungen vielfach den Strafvollzug. Von den inneren Krankheiten wird erwähnt, daß diese in größerem Umfange Haft möglich machen, ja sehr häufig wird durch diese im Gegensatz zur Freiheit durch die Eigenart des Gefängnislebens ein günstiger, ja heilender Einfluß erzielt, so insbesondere nicht selten bei Tuberkulose. Auch die Zuckerkrankheit bedingt keineswegs Haftunfähigkeit, da die Diätregelung in einer modernen Gefangenenanstalt keine Schwierigkeit mehr bietet. Eine gewisse Schwierigkeit besteht bei Kranken, die apoplectische Insulte durchgemacht haben und bei denen die Gefahr des Rezidives besteht. Doch können diese aus rein prophylaktischen Gründen nicht in jedem Falle ohne weiteres Haftunfähigkeit bedingen, ebenso nicht die jetzt mehr im Vordergrund stehenden Magen- und Duodenalgeschwüre, deren Zustand in der Haft recht häufig rasch zur Besserung geführt wird. Auch Geschlechtskrankheiten dürften Haftunfähigkeit nicht bedingen. Anschließend wird der Hungerstreik erörtert, ebenso das Schlucken von Fremdkörpern. Haftunfähigkeit stillender Mütter, die von zu stillenden Kindern zu trennen sind, wird bestritten, ebenso Schwangerschaft als solche. Die Geburt selbst wird am zweckmäßigsten außerhalb der Gefangenenanstalt stattfinden.

Voraussetzung für die Haftfähigkeit von Kranken ist natürlich, daß die in Frage kommende Gefangenenanstalt sanitäre Einrichtungen besitzt, die nach

jeder Richtung hin modernen Ansprüchen in personeller und instrumenteller Hinsicht, sowie in ärztlicher Apparatur für Diagnostik und Therapie genügen. Diese stets auf der Höhe zu halten, dürfte besondere Aufgabe des Staates sein, um so Strafvollzug und Untersuchungshaft ohne Schaden für die Kranken zum Schutze des Staates und der Allgemeinheit zu ermöglichen.

243. Sitzung am 23. II. 1933.

Ob.-Regierungsrat Dr. jur. *Ilberg* II, Oberreg.-Med.-Rat Dr. *Hofmann*, Gerichts-Med.-Rat Dr. *Schneller:* Über gesundheitspolizeiliche Anforderungen an Führer von Kraftfahrzeugen, insbesondere in körperlicher und psychischer Hinsicht sowie die Beurteilung von Auto-Unfällen.

Oberregierungsrat Dr. jur. *Ilberg*-Dresden behandelte das genannte Thema an der Hand der umfänglichen Vorschriften, die zur Zeit des Referats in Reich und Ländern galten. Er nahm zu der damals hierzu ergangenen Rechtsprechung und Literatur Stellung. Hierbei sprach er auch Hoffnungen für die künftige Gesetzgebung aus.. Durch die inzwischen von der Regierung des neuen Reiches erlassenen Bestimmungen, insbesondere die größtenteils am 1. 10. 1934 in Kraft tretende Reichs-Straßenverkehrs-Ordnung vom 28. Mai 1934 und ihren § 3 (Abs. 1 und 2), dessen Wortlaut nachstehend wiedergegeben wird, ist nun die ganze Angelegenheit mit ihren mannigfachen Fragen neu geregelt worden, übrigens auch was Autostraßenbau und Steuerwesen betrifft. Das hauptsächlich in rechtlichen Beziehungen erstattete Referat hat sich deshalb in so wesentlichen Punkten erledigt, daß der Redner davon abgesehen hat, es noch für eine jetzige (Herbst 1934) Veröffentlichung zu überlassen, zumal schon die einschlagenden neuen Bestimmungen in den Fachzeitschriften besprochen werden.

Abschrift aus dem Reichsgesetzblatt I vom 30. Mai 1934 Nr. 59 S. 458. Reichs-Straßenverkehrs-Ordnung vom 28. Mai 1934.

§ 3. (1) Der Antrag auf Erteilung der Fahrerlaubnis ist durch die Ortspolizeibehörde an die höhere Verwaltungsbehörde einzureichen; beizufügen sind ein amtlicher Nachweis über Ort und Tag der Geburt und ein Lichtbild. Werden der Verwaltungsbehörde Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Bewerbers begründen, kann sie hierüber die Beibringung eines amts- oder fachärztlichen Zeugnisses oder eines Sachverständigengutachtens fordern.

(2) Die Fahrerlaubnis ist zu erteilen, wenn der Bewerber seine Befähigung durch eine Prüfung dargetan hat und nicht Tatsachen vorliegen, die ihn zum Führen von Kraftfahrzeugen ungeeignet erscheinen lassen.

Die Ausführungen des Oberregierungsmedizinalrates Dr. med. *Hofmann*-Dresden, der gemeinsam mit dem Obengenannten referierte, sind durch die Gesetzgebung ebenfalls überholt und werden daher auf seinen Wunsch hier auch nicht wiedergegeben.

Gerichtsmedizinalrat Dr. *Schneller*-Dresden besprach zu Beginn seines Vortrages die Anforderungen, die in geistiger, charakterologischer und körperlicher Hinsicht an den Kraftwagenführer gestellt werden müssen. Er betonte, daß die Erfahrung gezeigt hat, daß gewisse Krankheiten wie z. B. Herzfehler, Kreislaufstörungen, Erhöhungen des Blutdrucks, Arteriosklerose, Angina pectoris, Rückenmarksdarre, be-

ginnende Paralyse die Fähigkeit zum Kraftfahren weitgehend beschränken und daß das fehlende oder ungenügend beachtete Krankheitsgefühl zur Gefährdung anderer Wegbenützer führt. Durch wiederholte Untersuchungen der Kraftfahrer ließen sich nach seiner Ansicht diese Gefahren von der Allgemeinheit, wenn nicht abwenden, so doch wesentlich einschränken. Durch die neue Gesetzgebung ist dieser Vorschlag allerdings überholt. Danach sind ärztliche Untersuchungen auch vor Erteilung des Führerscheins in Wegfall gekommen. Der Referent wies noch darauf hin, daß unter den oben erwähnten Umständen viele Fahrer bei Unfällen werden nicht verantwortlich gemacht werden können, weil nur der fahrlässig handelt, der die Sorgfalt außer acht läßt, zu der er nach seinen persönlichen Verhältnissen fähig ist.

Weiter behandelte Dr. *Schneller* das Thema: die Reaktionszeit. Er erwähnte, daß die in Versuchen gefundenen kürzesten Reaktionszeiten nicht auf die Praxis angewendet werden können, weil bei den Versuchen alle Ablenkungen ausgeschlossen sind, während auf der Straße verschiedene Umstände, wie Beobachten mehrerer Vorgänge zu gleicher Zeit, Dämmerung etc. reaktionsverlängernd wirken. Es läßt sich also nicht eine Norm aufstellen, sondern die Reaktionszeit muß unter möglichst genauer Rekonstruktion des Unfalls und unter Berücksichtigung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten des Fahrers ermittelt werden. Diese Ermittlung ist neben der Rekonstruktion des Unfalls durch den technischen Sachverständigen eine rein medizinische Angelegenheit.

Zum Schluß sprach Redner noch über die durch Alkoholgenuß hervorgerufenen Unfälle und den Nachweis von Alkohol, der aber wertlos ist, wenn die Proben nur beim Fahrer und nicht auch beim Verunglückten, unter Umständen auch bei Zeugen, gemacht werden. Er führte bei den einzelnen vorgeschlagenen Proben aus, daß der Nachweis von Alkohol im Urin unzuverlässig ist, daß ein Nachweis aus der Atemluft wohl in der Literatur erwähnt wird, aber scheinbar nicht praktisch verwertet wurde, und daß die Blut- und Alkoholuntersuchungen das sicherste Resultat nach den heutigen Erfahrungen geben. Er versäumte aber nicht, darauf hinzuweisen, daß eine derartige Probe ohne gleichzeitige Untersuchung des Betreffenden nicht verwertbar ist; denn dem Gericht ist nicht damit gedient, daß es erfährt, der in Frage kommende Mensch habe so und so viel Alkohol zu sich genommen, sondern der Richter will wissen, wie die genossene Menge Alkohol auf den einzelnen im fraglichen Zeitabschnitt gewirkt hat.

Aussprache: Med.-Rat Dr. *Oehmig* hält es für erwünscht, daß klare Verhältnisse darüber geschaffen werden, wie sich der praktische oder Krankenhausarzt verhalten soll, wenn er einen Menschen mit Führerschein wegen einer Krankheit in Behandlung bekommt, wegen deren dieser nicht mehr als Kraftwagenführer geeignet erscheint, und die Behörde ihm den Führerschein entziehen würde, wenn sie Kenntnis von dieser Krankheit hätte. Darf er im Interesse der öffentlichen Sicherheit sein Berufsgeheimnis verletzen und Meldung an die zuständige Behörde erstatten? Die Bejahung dieser Frage dürfte noch nicht genügend sein, es müßte vielmehr die Meldung behördlich zur Pflicht gemacht werden. Nach eigenen Erfahrungen in der letzten Zeit waren mehrfach Epileptiker im Besitz eines Führerscheines.

244. Sitzung am 23. III. 1933.

Dr. G. *Schmidt* (Institut für gerichtliche Medizin der Universität Leipzig): Blutgruppen und Blutstruktur.

Das Landsteinersche Isohämagglutinationsverfahren ist in der Medizin seit Jahren ein nicht mehr zu entbehrendes Hilfsmittel geworden. Nicht nur bei Blutübertragungen ist seine Anwendung lebensnotwendig, sondern auch in der Rasseforschung, Kriminalistik und bei der Bestimmung der Vaterschaft hat es eine hervorragende Stellung eingenommen. Zwei Bestandteile des Blutes, das Serum und die roten Blutkörperchen (Erythrozyten) geben die Möglichkeit, die Blutgruppenzugehörigkeit eines Menschen zu bestimmen. Die Isoagglutinogene (Erythrozyten) und Isoagglutinine (Serum) sind die tragenden Körper. Beim Vermischen von Serum mit Erythrozyten eines anderen Menschen tritt eine Zusammenballung auf (Agglutination) oder die Erythrozyten bleiben in dem Serum vereinzelt liegen (Nicht-Agglutination). Aus der Verschiedenheit der Agglutination bezw. Nichtaggl. läßt sich auf die Blutgruppenzugehörigkeit der Menschen schließen. Es sind vier Blutgruppen festgestellt worden: A, B, AB, O. Mit Hilfe von Testseren und Testerythrozyten ist die Blutgruppenzugehörigkeit schnell und sicher zu ermitteln. Die Erbregeln konnten durch Zehntausende von Untersuchungen bestätigt werden, und die scheinbaren Abweichungen in der ersten Zeit müssen auf eine noch wenig ausgearbeitete Technik zurückgeführt werden. Die Vererbungsmöglichkeiten könnten nur in großangelegten Tabellen genau ausgeführt werden und müssen deshalb hier unterbleiben. Ausschlaggebend für die Bestimmung der Vaterschaft ist dabei jedoch die Tatsache, daß festzustellen ist, daß ein von der Kindsmutter angegebener Mann nicht der Vater des Kindes sein kann, d. h. daß seine Vaterschaft »offenbar unmöglich« ist. Das ist für den Richter der einwandfreie Nachweis, einen Mann als Vater ausschließen zu können. Beim geleisteten Eid der Mutter sind deshalb schon mehrfach Verurteilungen wegen Meineid auf Grund dieses naturwissenschaftlichen Nachweises ausgesprochen worden.

Seit zwei Jahren hat in der Gerichtspraxis ebenfalls zur Bestimmung der Vaterschaft die Verwendung einer anderen Blutstruktur Eingang gefunden. Es sind dies die Blutfaktoren M und N. Blutgruppen und Blutfaktoren müssen scharf getrennt werden. Die wesentliche Abweichung beim Nachweis der Blutfaktoren gegenüber denjenigen der Blutgruppen besteht darin, daß bei den Blutfaktoren das Serum erst zubereitet werden muß, während bei den Blutgruppen Serum und Erythrozyten direkt zusammen gebracht werden. Die Serum-Herstellung ist folgendermaßen: Kaninchen werden mit Menschenblut gespritzt, das die Blutstruktur OM bezw. ON hat. Dann wird das entnommene Kaninchenblut nach mehrmaligen Spritzen inaktiviert und nach entsprechender Verdünnung absorbiert. Das ganze Verfahren der Testserumgewinnung erfordert sehr viel Erfahrung und Geschicklichkeit. Während jedoch bei den Blutgruppen die Vererbungsregeln kompliziert sind, so vererbt sich bei den Blutfaktoren je ein Faktor des Vaters und der Mutter auf das Kind. Die Zugehörigkeit der Menschen wird mit MM, NN und MN bezeichnet. Auch hier haben zahlreiche reihenmäßige Untersuchungen die Erbregeln gesichert.

Weiterhin hat die Erforschung der Blutstrukturen in letzter Zeit eine Unterteilung der Blutgruppe A in A I und A II ergeben. Auch sind bereits

weitere Faktoren bekannt, die mit P, G und H bezeichnet werden. Von den letztgenannten Faktoren ist jedoch von einer Verwertung in Vaterschaftssachen wegen der noch fehlenden sicheren Unterlage in bezug auf ihre Vererbung abzusehen.

245. Sitzung am 18. Mai 1933.

Krankenvorstellungen. Prof. Dr. *Reiß:* Schizophrenie. Dr. *Kaiser:* Reizbare Psychopathen.

246. Sitzung am 26. 10. 1933.

Dr. *Carrière*-Arnsdorf: Der Verdal-Mord.

Am 30. 3. 1932 erlebte Norwegen den umfangreichsten und grauenhaftesten Familienmord seit etwa 100 Jahren. Ein Bauernbursch hatte seine beiden Eltern und fünf Geschwister mit einem Beil erschlagen, den Hof dann angezündet und sich selbst der Polizei gestellt. Die Begutachtung auf seinen Geisteszustand erfolgte durch *Ph. Hansteen,* Direktor der Anstalt Östmarken Krankenhaus, und *H. Angell,* Provinzialarzt. Das Gutachten ist im Bericht für 1932 der gerichtsmedizinischen Kommission abgedruckt und wird mit Erlaubnis der Herren ausführlich referiert. Die Bluttat selbst, die die Ortschaft Verdal nördlich Drontheim tagelang in den Mittelpunkt des Interesses in Norwegen stellte, geschah mit einer grauenhaften Überlegtheit und Genauigkeit, der Mörder ging immer wieder seine Runde durch das ganze Haus, um jedem Opfer, das noch röchelte, einen neuen Beilhieb auf den Kopf zu geben. Viel interessanter ist aber die Motivierung: der junge Mann fühlte sich selbst seit einiger Zeit nicht in Ordnung, glaubte, geisteskrank zu sein, und erfuhr, daß in der Familie Geisteskrankheiten gewesen seien. Um die Vererbung der Krankheit zu verhüten (er hatte über Vererbung von Geisteskrankheiten populäre Darstellungen gelesen), entschloß er sich, die Familie auszurotten. Ein abwesender Bruder würde wohl danach nicht heiraten, er selbst lebenslänglich interniert werden. Schließlich ist auch die Krankengeschichte nicht uninteressant: erst einige Wochen nach der Tat zeigte sich die Schizophrenie (um eine solche handelte es sich) in vollem Ausbruch. Vor der Tat jedoch wirkte der Täter wie ein Neurastheniker, wurde als solcher noch kurz vor der Tat ärztlich untersucht. Gerade dies oft jahrelang anhaltende neurasthenische Vorstadium der Schizophrenie ist nach einer Arbeit von *Reidar Bing* klinisch sehr wichtig, da es sehr häufig ist, keinerlei eigentlich psychotische Symptome zeigt und die späteren Schizophrenen schon lange vor Auftreten der ersten schizophrenen Symptome immer wieder zum Arzt treibt.

Daß es auch forensisch von größter Bedeutung sein kann, zeigt der Verdal-Mord sehr eindringlich.

247. Sitzung am 7. 12. 1933.

Prof. Dr. *G. Ilberg* I: Über Schwangerschaftsunterbrechung (medizinische und Rechtsfragen).

I. skizziert die verschiedenen Arten von Schwangerschaftsunterbrechungen (Schw.-U.): den spontanen Abort infolge verschiedener Krankheiten, den künstlichen, insbes. den kriminellen Abort. Der künstliche Abort

kann aus medizinischer Indikation notwendig sein, aber nur »wenn ernste Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter auf andere Weise nicht abgewandt werden kann«. Vor Ausführung der Schw.-U. ist dann, wenn irgend möglich, Untersuchung und Begutachtung durch mehrere Ärzte notwendig; deren Gutachten ist dem Vorsitzenden der Standesorganisation bzw. der Ärztekammer zur Einsicht und Aufbewahrung zu übergeben; bestimmte Fachärzte sind zu solchen Begutachtungen mit dem behandelnden Arzt vorgesehen. Die meisten Schw.-U. erfolgen nicht aus medizinischer Indikation. Redner zählt berechtigte medizinische Indikationen bei verschiedenen inneren Krankheiten, bei krankhafter Beschaffenheit der Geburtsorgane, bei Augenkrankheiten, bei Nerven- und Geisteskrankheiten auf. Die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und der neurologisch-psychiatrische Verein in Wien haben sich 1931 in gemeinsamen Sitzungen über letzteres Thema ausgesprochen.

Die meisten Schw.-U. erfolgen aus sozialen Indikationen: bei Not, aus Scham, Reue, zur Verdeckung von Verfehlungen, aus falschem Mitleid, bei bereits vorhandenem reichlichem Kindersegen, aus Bequemlichkeit, wegen Wohnungsschwierigkeiten, aus Gelderwerb — alle solche Abtreibungen sind illegal. In den letzten Jahrzehnten haben die Schw.-U. in vielen Ländern, auch in Deutschland, enorm zugenommen. Fachmänner rechnen pro Jahr in Deutschland mit nahezu 1 Million! Die Abtreibung wird sehr oft von Kurpfuschern, Laien, ja von den Schwangern selbst vorgenommen — meist mit mechanischen Abtreibungsmitteln — teilweise werden innere Mittel angewandt. Insofern letztere wirksam sind, führen sie schwere Vergiftungen herbei. Bei mechanischen Mitteln kommt es oft zu Verletzungen innerer Organe (Redner demonstriert derartige Präparate aus der staatlichen Frauenklinik zu Dresden). Anderer Schaden wird durch Einspritzungen giftiger Stoffe, in die Scheide bzw. in die Gebärmutter, durch Verbrühung mit heißen Flüssigkeiten u. dgl. herbeigeführt. Auch durch Salben, durch Stöße und Schläge auf den Leib oder rohe Massage kann Schw.-U. bewirkt werden. Im Gefolge aller solcher Manipulation kommt es sehr oft zu Infektionen, Blutvergiftung, chronischen Frauenkrankheiten, Unfruchtbarkeit. — Nicht weniger als 25000 Todesfälle pro Jahr werden in Deutschland durch Schw.-U. gerechnet!

Von all' diesem furchtbaren Unglück kommt nur ein verschwindend kleiner Teil zur gerichtlichen Aburteilung; weitaus das meiste geschieht im Verborgenen. Die gegenwärtig geltenden Bestimmungen des Strafgesetzentwurfs f. d. Deutsche Reich: §§ 253—256 werden vorgetragen. — Wenn Ärzte die Schw.-U. ablehnen mußten, erfolgte, wie Katamnesen lehren, die Abtreibung dennoch ungemein häufig. In Rußland, wo die Schw.-U. aus sozialer Indikation durch das Dekret Semaschkow von der Sowjetregierung im Jahre 1920 freigegeben wurde, hat man schreckliche Erfahrungen gemacht, wie auf dem allukrainischen Kongreß für Geburtshilfe und Gynäkologie im Mai 1927 in Kiew festgestellt wurde; Prof. *Aug. Mayer*-Tübingen hat diese Verhandlungen im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie ins Deutsche übertragen (Verlag von Enke-Stuttgart, 1933).

Aus eugenischer Indikation sind Schw.-U. z. Z. nicht gestattet; über besonders krasse Fälle möchte in Zukunft beraten werden. Erwägenswert ist, ob ein besonderer Gerichtshof in Fällen von Notzucht, Blutschande und bei Schwängerung geisteskranker Personen — womöglich durch Geisteskranke — über die Schw.-U. entscheiden soll.

I. hat im 102. Band der Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin in einem Aufsatz über Schw.-U. auf Grund der umfangreichen in- und ausländischen Literatur, außer den medizinischen und Rechtsfragen auch historische und bevölkerungspolitische Betrachtungen veröffentlicht und prophylaktische Maßnahmen vorgeschlagen.

Zum Schluß empfiehlt er: angesichts des bedrohlichen Geburtenrückgangs den Fürsorgeorganen (Wohlfahrtsministerien zur Belehrung der Wohlfahrtsämter) nahezulegen, Mütterheime zu errichten, in denen unverheiratete und notleidende verheiratete Schwangere zur rechten Zeit Aufnahme finden, wie sie z. B. in Berlin, Soest, Leipzig, Dresden in kleinem Umfang bestehen. Vor allem ist es erforderlich, staatliche Mittel für diese Zwecke bereit zu stellen und für taktvolle Belehrung der Bevölkerung (Deutsches Hygienemuseum, Merkblattverteilung) zu sorgen. (Vertreter der evangelischen Kirche und der inneren Mission waren zu dem Vortrag eingeladen und z. T. erschienen.) Es kommt darauf an, daß Ärzte und Seelsorger psychotherapeutisch auf die Schwangere und deren Angehörige einwirken, ihnen Mut für die bevorstehenden Sorgen einflößen, ihr Pflichtbewußtsein stärken, Freude über das zu erwartende Mutterglück einflößen und Abscheu vor dem Verbrechen der Schw.-U. beibringen.

Aussprache: Reg.-Obermedizinalrat Gerichtsarzt Dr. Oppe: Es ist überraschend, wie Menschen ohne jede Vorbildung auf dem Gebiet der Krankenhilfe und der Anatomie des weiblichen Körpers Eingriffe in die Gebärmutter fertig bringen. Eine gewisse Unterrichtsquelle stellen allerdings die populär-medizinischen Bücher mit ihrer weiten Verbreitung in unseren Volkskreisen dar.

Der Ausrede einer in der Wirkung nicht gewollten Gewalteinwirkung auf den schwangeren Körper als Ursache einer Fehlgeburt stehen Fälle gegenüber, die in der wissenschaftlichen Literatur niedergelegt sind und beweisen, daß die menschliche Frucht ihnen gegenüber außerordentlich widerstandsfähig sein kann (s. a. Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde Unfall und Gravidität 1933, Seitz: Die Rolle des Trauma wird viel zu sehr überschätzt. *Mayer:* Im allgemeinen verträgt die Schwangere viel mehr als man ihr zutraut). Nach meinen Erfahrungen bei Gerichtsverhandlungen haben die Ärzte es sich abgewöhnt, nach einer Ursache zu fragen, weil sie doch nur irgend einen fingierten Anlaß zur Antwort bekommen.

Für die medizinische Indikation der Schwangerschaftsunterbrechung muß gelten, daß sie die ultima ratio des Arztes sein soll und daß diejenigen Maßnahmen vorher erschöpft sein sollen, die an sich geeignet wären, die vorliegende Gefahr für die Schwangere zu beseitigen. Selbstverständlich kann nicht gefordert werden, daß die Unterbrechung nur deshalb hinausgeschoben wird, weil noch nicht alle Maßnahmen angewendet worden sind, die angewendet werden können. Der Arzt darf vielmehr im Einzelfall diejenigen Maßnahmen von vornherein ausschalten, von denen er sich auf Grund der Wissenschaft, seiner eigenen früheren Erfahrungen und seiner Feststellungen an der Schwangeren in kritischer Würdigung aller Umstände sagt, daß ihre Anwendung hier nutzlos sei oder sogar einen gefährlichen Zeitverlust bedeuten würde. Ebenso selbstverständlich ist es aber auch, daß er sich für seine Entschließung nicht allein auf Angaben der Schwangeren und ihrer Umgebung stützt. Eine sehr unsichere Grundlage bietet hier die häufig gehörte Behauptung der Selbstmordgefahr, die in der Mehrzahl unglaubhaft ist und der

durch Einweisung in eine Krankenanstalt begegnet werden kann, oft genug schon durch den Hinweis auf die Möglichkeit einer solchen.

In allen Fällen muß von den Ärzten die Anerkennung der gesetzlichen und standesgesetzlichen Vorschriften und ihre Durchführung verlangt werden. —

Nach weiterer Aussprache beschließt die Versammlung, daß eine Kommission (Landgerichtsdirektor Dr. *Pfützner*, Prof. Dr. med. *P. Nitsche* und Dr. *Ilberg* I) im Sinne des Vortrags eine Eingabe an das Sächs. Wohlfahrtsministerium und das Deutsche Hygienemuseum ausarbeitet, in der unter Darlegung des traurigen Sachverhaltes um Organisation einer Bekämpfung der unser Volkstum schwer gefährdenden Unsitte der Schw.-U. aus sog. sozialer Indikation und um Bereitstellung genügender Geldmittel zur Unterstützung gefährdeter Schwangerer gebeten wird. (Diese Eingaben sind an die genannten Stellen eingesandt worden. Auch wurden die zuständigen Reichs- und kirchlichen Behörden benachrichtigt.)

Die forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden zählt z. Zt. 114 Mitglieder. Für die Jahre 1934/35 setzt sich der Vorstand folgendermaßen zusammen: Erster Vorsitzender Prof. Dr. *Nitsche,* Pirna (Sonnenstein), zweiter Vorsitzender Landgerichtsdirektor Dr. *Eichler,* Dresden, erster Schriftführer Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Klaubert,* Arnsdorf i. Sa., zweiter Schriftführer (Kassenwart) Stadtrechtsrat *Kipping,* Dresden.

Ilberg I. *Nitsche.*

Kleinere Mitteilungen.

Im Heft 7 der im Verlag von Huber-Bern, erscheinenden Personal- und Anstaltsfragen, Beiträgen zur Kranken- und Irrenpflege behandelt *Morgenthaler*-Bern: Bildung und Ausbildung beim schweizerischen Pflegepersonal für Gemüts- und Geisteskranke.

Im letzten Jahrzehnt hat man sich in der Schweiz intensiver der für die Behandlung der Geisteskranken so sehr wichtigen Bildung und Ausbildung des Pflegepersonals zugewandt. Die Anfänge des Ausbildungsgedankens gehen auf 25 Jahre zurück und hatten anfangs große Widerstände zu überwinden. Verf. schildert im einzelnen, daß es nicht nur auf das Verstandesmäßige bei der Ausbildung ankommt, sondern ebenso auf Gefühlserziehung und Triebkultur, auf die Schaffung einer starken, lebendigen Einstellung zum Beruf. Das Personal soll von der fachlichen Bildung dann zur allgemeinen Bildung geleitet werden und das Berufliche mit dem Allgemein-Menschlichen verbinden. Seit etwa 1920 setzten Kurse und Prüfungen in der Schweiz ein. Die Thesen des Direktors Dr. *Kielholz*-Königsfelden in einem Referat für die Konferenz der Sanitätsdirektoren im Jahre 1927 werden wiedergegeben (Ausbildungskurse, einheitliches Examen vor einer Prüfungskommission), ebenso die Referate von *Gehry*-Rheinau und Oprecht-Zürich vom Jahre 1928. 1930 erschien das Lehrbuch des Verfassers über die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Es war zu bemerken, daß nicht nur in das Personal, sondern in die ganzen Anstalten durch die Ausbildung ein frischer Zug, ein neuer Geist hineinkam. Die Zusammenarbeit der Pfleger und Pflegerinnen mit den Ärzten wurde viel befriedigender, der Wechsel geringer, die Kameradschaft unter dem Personal hob sich. Verfasser wünscht für die Zukunft Beteiligung aller Anstalten der Schweiz an der Ausbildungsbewegung, obligatorische Einführung der Prüfung für alle Neueintretenden, einheitlichere Erfahrungsnoten über die Leistungen in den Anstalten vor der Prüfung und dann bei der Prüfung, Vermeidung unnötiger theoretischer Einzelheiten beim Unterricht. Die Zusammenarbeit der Anstalten mit der Prüfungskommission wird gerühmt. Bestehen der Prüfung und dreijährige Dienstzeit berechtigen allein noch nicht die Diplomierung, sondern für diese ist noch das Urteil der Direktion erforderlich, daß Bewährung in der Irrenpflege, sachliche Durchbildung und Reife der Persönlichkeit vorliegen. Für die Diplomierten werden besondere Vergünstigungen empfohlen.

Vor allem ergab sich, daß die Krankenbehandlung durch die Personalausbildung wesentlich vervollkommnet wurde und daß bessere Heilungsresultate erzielt werden, so daß es einleuchtet, daß die staatliche Regelung aller dieser Fragen große Vorteile bieten würde. Verf. behandelt im einzelnen die Auslese vor dem Eintritt, während der Probezeit, für die Prüfungen, durch

die Prüfungen und vor der Diplomierung. Sodann geht er auf die Kurse in den Anstalten näher ein. Sie sollen während der Arbeitszeit abgehalten werden; nach dem Vortrag soll sich der Vortragende vergewissern, ob der behandelte Stoff auch verstanden wurde, dieser muß eingeprägt und repetiert werden. Praktischer Unterricht wurde in Körperkrankenpflege, erster Hilfe, praktischer Irrenpflege, und im Rapportwesen (Anleitung zur Beobachtung und kurze klare Darstellung des Beobachteten) erteilt. — Die Persönlichkeit des Kursleiters und speziell seine pädagogische Befähigung ist natürlich von großer Bedeutung. Es werden ganz interessante Mitteilungen über die verschiedenen Typen von Kursleitern gemacht: zu große Distanz, zu geringe Beachtung des geistigen Niveauunterschiedes, mangelhaftes Auseinanderhalten von Haupt- und Nebensachen.

In den Prüfungen soll nicht so viel Theoretisches gefragt, sie sollen mehr auf das Praktische und besonders auf die Irrenpflege eingestellt werden. Keineswegs soll nur an das Gedächtnis, sondern vor allem an den gesunden Menschenverstand, an eigenes Urteil und selbständige Überlegung appelliert werden. Bei der wichtigen Frage der Fortbildung des Personals sollen neben der fachlichen Fortbildung im engeren Sinne auch Charakter- und Geistesbildung, Allgemeinbildung und äußere Bildung (Umgangsform, Benehmen, Körperpflege) gefördert werden. Endlich tritt Verfasser für eine Personalzentrale in der Schweiz ein und für Gründung einer Fachschule, die die Kurse in den einzelnen Anstalten nicht ersetzen, aber weiter ausbauen soll. —

In der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie ist über Personal- und Anstaltsfragen natürlich schon seit Mitte des vorigen Jahrhunderts immer und immer wieder berichtet worden. Es ist sehr interessant, dieser Entwicklung nachzugehen. Wie die Ausbildung des Irrenpflegepersonals in Bayern und in Sachsen z. Z. gehandhabt wird, ist aus folgenden Aufsätzen im 81. Band der Allg. Zeitschr. f. Psych. zu erkennen: *von Hösslin:* die Krankenpflegeschulen an den bayrischen Heil- und Pflegeanstalten, *Johannes Naumann:* die Schwesterneinrichtung des Freistaates Sachsens, *Paul Naumann:* die Pflegereinrichtung des Freistaates Sachsen, *Sagel:* die ärztliche Ausbildung der Schwestern im Staatlichen Schwesternhause Arnsdorf i. S.

Über den gegenwärtigen Stand der Schwestern- und Pflegerbelange in Sachsen sei folgendes berichtet:

Herr Rektor Pfarrer *Pangritz* war so freundlich, folgende Auskunft über das staatliche Schwesternhaus in Arnsdorf (Bez. Dresden) zu erteilen:

Seit der Gründung des Schwesternhauses im Jahre 1888 sind bis 1. August 1934 = 4257 junge Mädchen als Lernschwestern aufgenommen worden.

Am 31. Juli 1934 waren:	15	Oberinnen,
	54	dienstt. Oberschwestern,
	87	Titl. Oberschwestern,
	852	Schwestern,
	141	Hilfsschwestern,
	65	Lernschwestern,
zusammen:	1214	Schwestern im Dienst[1]);

[1]) Anmerkung: Das staatliche Schwesternhaus in Arnsdorf bildet nicht nur Schwestern für die Irrenpflege aus, sondern auch für die staatlichen Frauenkliniken in Sachsen und das Zwickauer staatliche Krankenhaus.



davon in der Irrenpflege:	8	Oberinnen,
	32	dienstt. Oberschwestern,
	74	Titl. Oberschwestern,
	509	Schwestern,
	81	Hilfsschwestern,
zusammen:	704	Schwestern.

Die Lernschwestern werden in drei Halbjahrskursen ausgebildet. Im ersten Halbjahr werden sie im Schwesternhaus theoretisch geschult. Im nächsten Halbjahr arbeiten sie in der körperlichen Krankenpflege im Krankenstift Zwickau und das dritte Halbjahr ist für die Erlernung der Irrenpflege in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf bestimmt. Während der folgenden 1 bis 2 Jahre wird den Schwestern in den verschiedenen Landesanstalten und Frauenkliniken Sachsens oder im Krankenstift Zwickau Gelegenheit gegeben, ihre Kenntnisse praktisch zu verwerten.

Die zur Zeit im Dienst befindlichen Anwärterinnen auf den Staatsdienst werden wahrscheinlich noch als Staatsbeamtinnen angestellt. Die neu eingetretenen Lernschwestern sind und bleiben im Angestelltenverhältnis, werden auch nach dem Angestelltentarif bezahlt. Das Einkommen der staatlich angestellten Schwestern beträgt RM. 1 500.— bis 2 200.—.

Anträge auf Versetzungen von Schwestern von einer Anstalt in die andere werden durch das Schwesternhaus im Einverständnis mit den betreffenden Anstaltsdirektionen dem Ministerium des Innern unterbreitet.

Die staatlich angestellten Schwestern sind pensionsberechtigt.

Seit etwa 15 Jahren besteht für pensionierte Schwestern ein Altersheim in Langebrück, das mit Unterstützung des Ministeriums des Innern und von Beiträgen der Schwestern erworben wurde und unterhalten wird. Hier wohnen 28 Schwestern. —

Die nachstehenden Angaben über die in den staatlichen Pflegerhäusern (früher Hochweitzschen, seit mehreren Jahren Pirna-Sonnenstein) ausgebildeten Pfleger sind dem gegenwärtigen Rektor des Pflegerhauses Pfarrer Dr. *Rothe* zu verdanken:

Zahl der Lernpfleger seit 1888: ca. 2000.

Bestand am 31. Juli 1934 an

Vorstehern	13,
Oberpflegern:	134,
Pflegern:	475,
Hilfspflegern:	114,
	736.

Ausbildung der Pfleger:

a) ca. $^1/_2$ jähr. Wärterzeit;

b) theoretische Ausbildung im Pflegerhaus Sonnenstein $^1/_2$ Jahr (ca. 200 ärztl. Unterrichtsstunden, 200 berufskundl. Unterrichtsstunden),

c) praktische Ausbildung in der Körperkrankenpflege $^1/_4$ Jahr im Stadtkrankenhaus Pirna und Krankenstift Zwickau;

d) Ausbildung in Irrenpflege mit Überblick über Geisteskrankheiten und Erblehre in der Landesanstalt und im Pflegerhaus Sonnenstein $^1/_4$ Jahr;

e) Hilfspflegerzeit in den Landesanstalten mindestens $1^1/_2$ Jahr;

f) Vorbereitung zur Prüfung und die Prüfung selbst ca. 3 Wochen im Pflegerhaus.

Anstellung der Pfleger: Die bis zum 1. Januar 1934 ausgebildeten Lernpfleger werden wahrscheinlich alle noch Beamte werden. — Die am 1. Juli 1934 zum Kursus einberufenen Lernpfleger werden Staatsangestellte auf Grund des Tarifvertrags des angestelltenversicherungspflichtigen Pflegepersonals von 1931.

Einkommen der Pfleger: Am 1. September 1934 ist eine teilweise Neuregelung der Einkommensverhältnisse des Pflegepersonals eingetreten. Infolge dieser gehören die Pflegevorsteher der Gruppe 14 an mit Grundgehalt von 2350—3500 RM., die Oberpfleger der Gruppe 16a mit Grundgehalt von 2000—2700 RM., die Pfleger der Gruppe 18 mit Grundgehalt von 1600 bis 2400 RM. Dazu erhalten die Pfleger die ortsüblichen Wohnungsgeldzuschüsse.

Verheiratung: Die angestellten Pfleger sind zu 99% verheiratet.

Übergang in andere Stellungen: Von den im Pflegerhaus ausgebildeten Pflegern sind etwa 1—2% im Laufe der Zeit als Handwerksmeister in den Landesanstalten, 1—2% als Aufseher in den Strafanstalten übernommen worden.

Im hygienischen Institut der Universität Münster i. W. hat *H. Reploh* Versuche zur Wäschedesinfektion[1]) gemacht, die zur Vermeidung von Gefahren für das Personal, das die Wäsche von Kranken mit ansteckenden Krankheiten zu versorgen hat, wichtig sind.

Eine solche Desinfektion ist vor der eigentlichen Reinigung erforderlich, besonders bei der Wäsche von Tuberkulösen, da die Tuberkelbazillen bekanntlich sehr infektiös und recht schwer abtötbar sind. Die betreffenden Mittel dürfen auch die Wäsche nicht schädigen oder übelriechend machen.

In ähnlicher Weise, wie es schon *Schreiber* getan hat, wurde frisches tuberkulöses Sputum, bei dem das reichliche Vorhandensein von Tuberkelbazillen mikroskopisch festgestellt war, auf sterile Mull- und Leinenläppchen aufgestrichen; diese wurden zum Trocknen gebracht und der Einwirkung verschiedener Konzentrationen der zu untersuchenden Mittel für bestimmte Zeit ausgesetzt. Nachdem das anhaftende Desinfektionsmittel mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen war, wurden die Läppchen in kleine Teile zerschnitten und unter die Bauchhaut von Meerschweinchen gebracht. Bei den Kontrolltieren waren die Läppchen vorher nur in physiologische Kochsalzlösung gelegt worden. Spätestens nach 10 Wochen wurden die infizierten Tiere getötet und seziert. Sämtliche Kontrolltiere, die mit nichtdesinfizierten Läppchen geimpft waren, zeigten schwere tuberkulöse Veränderungen der Drüsen, der Milz, der Leber und der Lungen. Die Tiere jedoch, bei denen die Mull- oder Leinenläppchen 4 Stunden lang mit 1,5% Lösung von Sagrotan (Schülpe und Mayer in Hamburg) oder gleichstarker Lösung von Bactol (Dr. Bode in Hamburg) behandelt worden waren, zeigten keinerlei tuberkulöse Erkrankung. Versuche, mit kürzeren Einwirkungszeiten auszukommen, waren von weniger eindeutigem Erfolg. Ebenso wie *Schreiber* empfiehlt *Reploh* für die Desinfektion von Wäsche der Tuberkulösen eine 0,5% Lösung von Sagrotan oder Bactol mit einer Einwirkungs-

[1]) Münchner medizinische Wochenschrift v. 27. 7. 1934 81. Jahrg. S. 1131.



zeit von 12 Stunden. Beide Mittel haben einen angenehmen Geruch, die Wäsche läßt sich daher gut im Zimmer des Kranken in die Lösung verbringen und kann dort bis zum andern Morgen verbleiben, um dann dem üblichen Reinigungsprozeß zugeführt zu werden.

Das Verfahren scheint auch für die Irrenanstalten sehr beachtlich, kommen doch außer dem Personal infolge der vermehrten Beschäftigungstherapie auch unvorsichtige Kranke mit der Wäsche in Berührung. *G. Ilberg.*

Im Augustheft a. c. der Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie von *Bostroem* und *J. Lange* veröffentlicht *F. Georgi* (Yverdon-Schweiz) einen Artikel über Pathogenese und Therapie des manisch-depressiven Irreseins.

Nachdem der Fettstoffwechsel bei Geisteskranken einer eingehenden Analyse unterzogen worden und die Darstellung der verschiedenen Nebennierenrindenhormone zur Verwendung der Kliniken gediehen ist, auch Serienuntersuchungen am Einzelfall und an entsprechenden Belastungsproben vorgenommen wurden, konnte folgendes festgestellt werden: Der Cholesterinstoffwechsel Manisch-Depressiver sowie der endogen Depressiven des Rückbildungsalters läßt eine schwere Störung erkennen in Form von Hypercholesterinämie, außerordentlichen Schwankungen des Cholesterinspiegels bei Serienuntersuchungen am Einzelfall, gestörtem Cholestrinhaushalt bei Belastungsproben. Durch intramuskuläre Injektionen des Nebennierenrindenpräparates Supracortin kann der Cholestrinspiegel beim Menschen entscheidend gesenkt werden. — Mit ausreichenden Mengen von Supracortin ist ein therapeutischer Erfolg verbunden. Bei dieser neuen Therapie handelt es sich um einen substituierenden Effekt. Orientierende Versuche ergaben, daß das pathologische Verhalten nach Belastung mit Cholesterin durch gleichzeitige Supracortingaben beseitigt werden kann.

Die fehlerhafte innere sekretorische Steuerung bei endogen Depressiven ist nicht lediglich dem Fehlen eines bestimmten Hormons, vielmehr einer Gruppe von Hormonen, vor allem bestimmten Nebennierenrindenstoffen zur Last zu legen. Reversible Störungen innerhalb bestimmter Stoffwechselzentren bedingen ein Aussetzen gewisser Drüsenfunktionen; dies verhindert die Abgabe bestimmter Hormone in den Kreislauf und führt sekundär zu gestörtem Stoffwechsel. Solange der zentrale Impuls fehlt, müssen unter diesen Umständen dem Kreislauf jene Sekrete zugeführt werden, die den pathologischen Stoffwechsel im Sinne der Substitution wieder der Norm zuführen. Sie sind es, die wieder den normalen Verlauf der Oxydationsvorgänge verbürgen, die neben dem Cholesterinhaushalt auch den Zuckerstoffwechsel normalisieren, dem Gewichtsverlust entgegenarbeiten und nicht zuletzt das nach außen sichtbare Krankheitsgeschehen — die Depression — im günstigen Sinne beeinflussen.

Georgi verkennt nicht, daß es sich bei den mitgeteilten Ergebnissen um die ersten Schritte auf einem neuen Weg zur Behandlung der Depression handelt. Der Vervollkommnung der Präparate und der Dosierungsfrage sei weiterhin größte Beachtung zu schenken. *G. Ilberg.*


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 6464

